TRATADO

DE

PATOLOGÍA INTERNA

Y TERAPÉUTICA,

POR

F. NIEMEYER,

PROFESOR DE PATOLOGÍA Y CLÍNICA MÉDICAS EN LA UNIVERSIDAD DE TUBINGUE.

Traducido al francés bajo la direccion del autor, de la sétima y última edicion alemana,

Y VERTIDO AL CASTELLANO

por

DON ENRIQUE SIMANCAS Y LARSÉ,

LICENCIADO EN MEDICINA Y CIRUJÍA.

12.391 (Ley 1847)

Cuaderno 8.º

MADRID.—1870.

IMPRENTA DE SANTOS LARRÉ.

calle del Rio, núm. 24, entresuelo.

L47
1039

12391 (Rey 1847)
C47-1039

El reblandecimiento de las paredes del estómago ó gastro-malacia, que se ha encontrado en la autopsia de niños muertos de gastro-enteritis, se ha diagnosticado muchas veces durante la vida de los indivíduos, y parece que entonces confirma la autopsia el diagnóstico. Hasta se ha trazado un cuadro detalladísimo de los síntomas de la gastro-malacia (Jaeger), y se observan muchos casos que corresponden exactamente á este cuadro. A pesar de esto, no hay la menor duda de que la gastro-malacia, siempre ha sido un fenómeno cadavérico (Elsaesser): el cuadro sintomatológico del reblandecimiento del estómago, tal como ha sido trazado por ciertos autores, corresponde exactamente al del cólera infantum, siendo fácil explicar estos diagnósticos, confirmados en la apariencia por la autopsia. En efecto, cuando sucumbe un niño despues de haber presentado los síntomas de la gastro-enteritis coleriforme, á causa de una fermentacion anormal de las materias contenidas en su estómago, la fermentacion continúa despues de la muerte por razon del enfriamiento lento del cadáver. Como despues de terminar la circulacion, ya no ofrece ninguna resistencia el estómago, toma parte en la descomposicion y se reblandece, del mismo modo que lo hace el que extraido del cuerpo de un animal llenamos de leche, y dejamos expuesto durante un tiempo, á veces muy corto, á una temperatura moderadamente elevada.

Hé aquí por qué los médicos que consideran como un fenómeno cadavérico el reblandecimiento del estómago, pueden anunciar con gran seguridad, que se producirá este fenómeno siempre que un niño muerto del cólera infantum, haya tomado leche ú otras sustancias que entran fácilmente en descomposicion, poco tiempo antes de morir.

Rokistanski, que no admite que el reblandecimiento de este órgano sea siempre un fenómeno cadavérico, le divide en dos especies: reblandecimiento *gelatinoso*, y reblandecimiento *negro*. El primero, que siempre principia, segun su descripcion, por el fondo mayor del estómago y se extiende lentamente á

la corvadura mayor, primero ataca la membrana mucosa, se extiende despues á la muscular, y por último, llega al peritoneo. Todas las membranas se trasforman en una especie de gelatina trasparente, gris rojiza, ó gris amarillenta, atravesada por algunas estrías de color pardo negruzco, que corresponden á los vasos sanguíneos, tambien reblandecidos. Luego que se desprenden las capas internas reblandecidas, sólo está formado el gran fondo del estómago, por una lámina peritoneal delgada, parecida á una gasa ligera y fácil de desgarrar. Alterado de este modo el estómago, se rompe cuando se le quiere coger con la mano, y se deshace, por decirlo así, entre los dedos; algunas veces se encuentran desgarraduras practicadas espontáneamente, y materias derramadas en el peritoneo. El proceso, no siempre queda limitado al estómago, sino que puede tambien invadir los órganos vecinos, especialmente el diafragma, pudiendo hasta llegar á romperse este último y verterse el contenido del estómago en la pleura izquierda. En el *reblandecimiento negro*, no están trasformadas las paredes estomacales en una gelatina trasparente, sino en una papilla negruzca ó completamente negra. Prodúcese esta modificacion, cuando mientras se ha verificado el reblandecimiento, estaban los capilares del estómago llenos de sangre. Las estrías morenas del reblandecimiento gelatinoso, representan la misma trasformacion en los vasos gruesos y sangre que contienen, que en el reblandecimiento negro, ataca á los capilares y su contenido.

La prueba de que la gastro-malacia no se produce hasta despues de la muerte, ó al ménos muy poco tiempo antes del fin del enfermo, y cuando ya casi han cesado la renovacion orgánica y la circulacion en las paredes del estómago, nos es suministrada: 1.°, por la circunstancia de que el reblandecimiento del estómago casi siempre se encuentra en su fondo mayor, donde se acumulan las materias ácidas, y sólo se observan en la region pilórica, cuando el cadáver ha estado echado sobre el lado derecho, y el contenido del estómago obedecien-

do á las leyes de la gravedad, se ha dirigido hácia este lado; 2.°, tenemos una segunda prueba, en que tambien se observa la misma gastro-malacia, en los cadáveres de niños que no han presentado durante la vida ningun síntoma de desórden en las funciones estomacales, pero que habian tomado leche, agua azucarada ú otras sustancias que entran fácilmente en descomposicion poco antes de morir; 3.°, otra prueba de lo mismo, es que hasta en los casos en que se presentan desgarradas las paredes del estómago en la autopsia, y derramados en el abdómen sus materiales, no se observa durante la vida ningun síntoma de peritonitis, ni se descubren señales de ella en la autopsia; en fin, 4.°, lo que últimamente nos prueba esta opinion, son los experimentos ya citados, los cuales nos permiten producir un reblandecimiento artificial en un estómago separado del cuerpo de un animal (1).

III.—Síntomas y marcha.

Debemos primeramente ocuparnos de los síntomas del catarro agudo del estómago poco intenso, acompañado de poca fiebre, y que representa por lo tanto una afeccion ligera, y con frecuencia muy efímera. Esta forma, consecuencia la más comun de las faltas de régimen, es conocida con los nombres de *embarazo gástrico*, *gastricismo*, *estado gástrico*, ó *gastrosis*.

Si ya en el estado fisiológico es acompañada la digestion,

---

(1) No pertenecen á esta categoría los casos en que se presenta el reblandecimiento del estómago, estando este órgano vacío. Se ha querido explicarlos por la fuerza digestiva del jugo gástrico, y se ha emitido la hipótesis de que en este caso se habia verificado la digestion, á expensas de la sustancia misma del estómago; es decir, que el jugo gástrico segregado poco antes de la muerte, habria disuelto las membranas del estómago, del mismo modo que le vemos disolver otros tejidos membranosos. Sin embargo, es poco probable que el estómago vacío segregue jugo gástrico, y es imposible que la descomposicion del moco, que tambien puede suministrar ácido láctico, ejerza la misma accion sobre las paredes del estómago que los alimentos en fermentacion.

(*Nota del autor*).

de un abatimiento, mayor ó ménor y de cierta repugnancia contra todo trabajo físico ó intelectual, con mayor razon serán acompañadas la hiperemia y produccion mucosa, cuando toman las proporciones de un verdadero catarro gástrico, de un malestar general y un estado de sufrimiento, que parecen no están en proporcion con un mal tan leve y pasajero. Los enfermos se sienten débiles, están de mal humor, se quejan alternativamente de pequeños escalofríos y bocanadas de calor, tienen la cabeza caliente y frias las extremidades, y además un dolor gravativo muy penoso en la frente, que se extiende hasta el occipucio; cuando se bajan, tienen desvanecimientos, y les parece que va á abrirse su cabeza.—El estado morboso de la mucosa del estómago les causa una sensacion de presion y plenitud en el epigastrio, la cual se percibe hasta cuando está este órgano vacío; hay sensibilidad epigástrica, falta el apetito, y está aumentada la sed; ordinariamente experimentan los indivíduos aversion á los alimentos, y ganas de vomitar.—Al mismo tiempo se declaran síntomas procedentes de la descomposicion del contenido del estómago; en efecto, si por una parte el catarro del estómago es muchas veces una simple consecuencia de descomposiciones anormales de los alimentos, tambien él los provoca á su vez. Wider y Schmid, han demostrado que el jugo gástrico, vuelto alcalino por una mezcla de moco, ya no puede disolver normalmente las sustancias protéicas, las cuales sufren en tales condiciones una descomposicion espontánea y exhalan un olor pútrido. Este experimento está confirmado por los hechos diarios de la práctica.—Pero tambien las sustancias que no son digeridas por el jugo gástrico, experimentan una descomposicion anormal en el catarro del estómago. Así, las materias amilaceas cuya trasformacion ha principiado en la boca con la mezcla de la saliva, sólo se convierten en azúcar en un estómago que funcione normalmente. Pero cuando este órgano está afectado del catarro, el moco, segregado en mayor cantidad, hace el oficio de un fermento, y trasforma últimamente grandes cantidades de azú-

car en ácido láctico, y hasta muchas veces en ácido butírico.— Si los indivíduos atacados del catarro del estómago hacen uso de sustancias fermentadas, como el vino ó la cerveza, ó ha sido el abuso de estas sustancias lo que ha determinado el catarro, se produce una fermentacion acética; si estos enfermos hacen uso de sustancias grasas, de su descomposicion resultan ácidos grasos. Todas estas trasformaciones del contenido del estómago, excepto la fermentacion láctica, van acompañadas de un desprendimiento de gases. La descomposicion de las sustancias que contienen albúmina, dan lugar á una formacion de gases fétidos como el hidrógeno sulfurado; la fermentacion butírica suministra hidrógeno y ácido carbónico, y la fermentacion acética sólo ácido carbónico.—De esta manera se explica fácilmente, por qué el epigastrio de los individuos atacados de un catarro agudo del estómago, presenta generalmente una ligera elevacion, y por qué se producen de vez en cuando eruptos de gases fétidos ó inodoros, segun la calidad de los alimentos consumidos por el enfermo. Muchas veces suben á la boca sustancias de un sabor ácido ó rancio, al mismo tiempo que gases.

El catarro del estómago, ordinariamente se complica de un catarro bucal, como ya hemos dicho antes; se cubre la lengua de una costra mucosa, se pone la boca de mal sabor y pastosa, y exhala un olor más ó ménos fétido.

Si en estas condiciones no cometen los enfermos ninguna imprudencia, y si ayunan mientras su estómago no está en estado de funcionar normalmente, se disipan los síntomas que acabamos de citar con bastante prontitud, en general. Los productos de descomposicion de las sustancias contenidas en el estómago, pasan por el piloro al intestino; aquí se mezclan con la bilis, la cual parece detener algunas veces el trabajo de descomposicion; pero por lo comun, ésta y el desarrollo de gases continúan, aunque en menor grado; la mucosa intestinal, irritada por el contacto de estas materias, segrega más, se aceleran los movimientos intestinales, se desarrolla la flatulencia, se oyen gorgoteos, borborigmos, y de vez en cuando se

percibe una punzada dolorosa que se disipa por la emision de algunos gases fétidos, viniendo á poner fin á la enfermedad la evacuacion de una ó varias cámaras blandas. Si durante la noche siguiente ha podido dormir el enfermo, su estado general comunmente se repone, ó queda completamente restablecido. Tambien debemos hacer notar, que durante la enfermedad contiene la orina mucho pigmentum y uratos, y que comunmente se forman en el labio, vesículas de herpes.

Cuando la causa que ha provocado el catarro agudo ha obrado con mayor intensidad, ó ha sido más sensible el enfermo, es mayor el malestar y sobrevienen náuseas y vómitos. Estos últimos arrojan las sustancias contenidas en el estómago más ó ménos modificadas, teniendo muchas veces un olor y un gusto fuertemente ácidos, y mezcladas ordinariamente con muchas mucosidades. El vómito puede repetirse con intervalos más ó ménos cortos; cuanto más se prolonga este estado, mayor es el gusto amargo y aspecto verdoso que las sustancias arrojadas presentan, á causa de la bilis que con ellas se mezcla. A estas formas intensas del embarazo gástrico, ordinariamente se une una irritacion mayor de la mucosa intestinal. Sobreviene una violenta diarrea, que hace expulsar, con cólicos ó sin ellos, materias acuosas de color verde. Casi siempre se siente aliviado el enfermo por el vómito y la diarrea, y al cabo de dos dias queda completamente restablecido, salvo un ligero resto de abatimiento; en otros casos, adquieren el vómito y la diarrea una intensidad excesiva, y entonces el cuadro de la enfermedad es el mismo del *cólera nostras*, que vamos á describir.

Designase, en efecto, con este nombre aquella forma de catarro agudo del estómago que se extiende al intestino, y el cual se distingue por una abundantísima trasudacion de un líquido pobre en albumina, que se verifica por la mucosa gastro-intestinal. Son tan frecuentes estas trasudaciones acuosas en el período inicial de los catarros agudos de otras mucosas, especialmente en la de la nariz, que no hay razon ninguna para negar el nombre de catarro á la afeccion gastro-intestinal, de que de-

rivan los síntomas del cólera nostras, y gran parte de los del cólera asiático, de los cuales trataremos más adelante, y es seguro que sólo á su gran extension debe este catarro un conjunto de fenómenos, que no se encuentra en los demás.

Aparece la enfermedad especialmente durante los calores del estío, atacando entonces con gran frecuencia un gran número de indivíduos á la vez; más rara vez sucede que sea provocada en otras épocas por falta de régimen. Rara vez va precedido el acceso colérico de prodromos, y al contrario súbitamente, y con frecuencia durante la noche, es acometido el enfermo de una penosa opresion en el epigastrio, á la que inmediatamente se unen náuseas y vómitos. Al principio, las materias expulsadas por el vómito consisten en alimentos poco modificados, pero en seguida se repite, y entonces arroja el enfermo en abundancia un líquido de color amarillento verdoso y sabor ácido. En muy poco tiempo se arrojan enormes cantidades, y cuanto mayor sea este, más bajo es su color, puesto que si bien se vierte en el intestino una cantidad normal de bilis, no basta esta para teñir todo el líquido trasudado. La pérdida acuosa sufrida por la sangre, basta para determinar una sed ardiente é inextinguible. El líquido ingerido se evacua rápidamente por arriba y abajo, mientras que la diarrea y el vómito se repiten cada cuarto de hora ó con más frecuencia; la sangre se hace cada vez más densa, las secreciones, y en especial la orina, se disminuyen ó quedan suprimidas por la falta de líquidos en el cuerpo, los líquidos intersticiales de todos los tejidos se reabsorben, tambien está seca la piel, se disipan todas las hinchazones, está el enfermo seco y desfigurado, la nariz es puntiaguda y se hunden los ojos por la desecacion y disminucion que sufre el tejido conjuntivo de la órbita. Agréguense á esto contracciones dolorosas y difíciles de interpretar, principalmente en las pantorrillas, mientras que casi siempre faltan los dolores abdominales. Luego que se declaran estas contracciones, y que las evacuaciones de los enfermos se componen exclusivamente de un líquido incoloro, que tiene en suspension algunas lamini-

llas de epitelio intestinal, el cual las comunica un aspeto del agua de arroz, adquiere un gran parecido el cuadro del cólera nostras con el del cólera asiático; sin embargo, rara vez se observa la completa desaparicion del choque cardiaco y el pulso, el tinte cianósico, y frio glacial de la piel, que se observan en el estadio llamado asfítico del cólera asiático. Por amenazadores que nos parezcan los síntomas, y cualesquiera que sea la postracion y desfallecimiento del enfermo, su desaliento y el de las personas que le rodean, nunca debe dejarse intimidar al médico, con tal que tenga la seguridad de que no se trata de un caso de cólera epidémico, toda vez que debe saber que nunca ó casi nunca mata el cólera nostras, á un indivíduo adulto y sano hasta entonces. Generalmente al cabo de algunas horas, y rara vez al dia siguiente, cesan el vómito y la diarrea, recobra la piel su calor y su turgencia, los enfermos estenuados se duermen, y sólo queda algun abatimiento. Mas rara vez sucede que al acceso colérico sigan los síntomas de la fiebre gástrica. En algunos casos, muy excepcionales, y sólo en las personas enfermas y debilitadas, ó bien en los niños y los viejos, se termina la enfermedad por la muerte; entonces se paraliza el intestino, cesan el vómito y la diarrea, á pesar de que continúa verificándose la trasudacion, desaparece el pulso, van debilitándose los movimientos del corazon, se altera el conocimiento, y mueren los enfermos estenuados.

El *catarro agudo del estómago en los niños pequeños*, se distingue por ciertas particularidades, que tienen su razon de ser en la alimentacion casi exclusiva de estos, por la leche materna ó por la de vacas. Bednar, que considera la fermentacion de los alimentos como la única causa de estos trastornos de la digestion, y que niega la participacion primitiva, y tambien secundaria, de las paredes del estómago en este proceso, ha dado el nombre de dispepsia á los grados más ligeros de esta enfermedad: segun la clásica descripcion de este autor, se altera poco el aspecto exterior de los niños, están cuando más algo pálidos, y sus ojos rodeados de una sombra ligera. Casi siem-

pre se declaran vómitos poco despues de tomar los niños la leche, la cual es arrojada en estado líquido, en vez de estar coagulada como de ordinario. Esta especie de vómito es un síntoma importante y conocido hasta por las matronas, las cuales saben distinguirle muy bien de las saludables evacuaciones de un estómago que está muy lleno. El estado de coagulacion de la leche arrojada por los vómitos habituales de las criaturas, no indica que este líquido se haya agriado, sino únicamente que el jugo gástrico ha ejercido su accion normal sobre la leche, determinando la coagulacion de la caseina; el estado líquido de la leche arrojada prueba, por el contrario, que la secrecion que en el estómago se verifica no es la normal, y debe hacernos sospechar la existencia de un catarro del estómago. Poco despues de aparecer estos vómitos, ó simultáneamente con ellos, se hacen tambien anormales las evacuaciones alvinas, pudiendo faltar completamente el vómito, y ser esta última circunstancia el único síntoma del catarro gástrico. Las evacuaciones están compuestas de un líquido verde, ó amarillo verdoso, de reaccion muy ácida, y de masas blanquecinas más ó ménos sólidas; recuerda este estado las modificaciones que la leche sufre fuera del cuerpo, cuando queda expuesta por mucho tiempo á la accion del aire, y prueba que el jugo gástrico no ha podido digerirla ni coagularla prontamente. El vómito y la diarrea, que ordinariamente preceden á la agitacion, los gritos y la flexion de las piernas hácia el vientre, se repiten con más ó ménos rapidez; muchas veces cambian las evacuaciones de consistencia y color.

En muchos casos cesa á los pocos dias el vómito, no contienen ya las evacuaciones leche sin digerir, se restablecen los niños y recobran su frescura; pero en otros casos vomitan de vez en cuando materias de un olor muy ácido, y que se componen de leche en parte no alterada, y en parte reducida á coágulos duros y mezclados con mucosidades; las cámaras diarréicas se multiplican, se vuelven líquidas y muy copiosas las evacuaciones alvinas, toman un color amarillo claro ó verdoso,

y por último casi blanco; muchas veces flotan en este líquido incoloro copos amarillos ó verdosos, los cuales se retienen en las ropas, mientras que la parte líquida atraviesa el lienzo, y no deja más que grandes manchas húmedas é incoloras. El olor de las deyecciones, así como el de su reaccion, es tambien entonces muy agrio. Hay ocasiones en que cambia rápidamente su aspecto, evacuándose de pronto una gran cantidad de materias morenas, ó de apariencia gredosa, que tienen la consistencia de una papilla y un olor pútrido, sin que pueda explicarse este fenómeno.—Estas formas más graves del catarro agudo del estómago y del intestino, llamadas por Bednar diarrea κατ' ἐξοχήν, aniquilan prontamente los niños; se altera y contrae dolorosamente su fisonomía, y hasta puede ponerse arrugada en muy pocos dias; están medio abiertos los ojos y hundidos en sus órbitas, y los labios, lo mismo que las manos y los piés, se ponen azulados; el resto del cuerpo, sobre todo el dorso, está como jaspeado. Su temperatura es desigual; el tronco, y sobre todo el dorso de los niños, está quemante, mientras que la cara y los miembros están frios; la disminucion de la turgencia cerebral hace perder su tension á las fontanelas, se deprimen estas, y el hueso frontal y el occipital descienden algunas veces un poco por debajo del nivel de los parietales. Los movimientos de los niños son débiles, hasta la succion les fatiga, abandonan el pecho, pero beben con gran avidez el agua que se les vierte en la boca. Los gritos lastimeros que preceden á las cámaras, se convierten poco á poco en débiles bajidos; en el intervalo de aquellas están sumidos en un estado soñoliento. Muchos de estos niños mueren por los progresos de la estenuacion. Antes de la muerte se presentan en ciertos casos convulsiones y otros síntomas de anemia cerebral (hidrocefaloides). Cuando la enfermedad ha de terminarse felizmente, van lentamente siendo más escasas las evacuaciones intestinales, y tomando su carácter normal, desaparece el colapsus, se hace más uniforme la distribucion de la temperatura, se reponen los niños, y se curan; no obstante, les queda una gran tendencia á las recidivas.

Si estos síntomas se desarrollan con gran rapidez, y se suceden unas á otras las evacuaciones, y antes de que se haya producido un verdadero marasmo se presenta en muy pocas horas un colapso grande, acompañado de un notable descenso de la temperatura del cuerpo, y se unen á estos síntomas los del aumento de densidad de la sangre, la enfermedad recibe el nombre de *cólera infantum*. El aumento de densidad de la sangre se traduce por una sed inextinguible, y así se ve á los niños que ya han pasado de los primeros meses, que cuando se les presenta un vaso para beber, le siguen ávidamente con los ojos y lo cogen con las dos manos hasta que no dejan una gota. Esta condensacion se traduce además por los progresos de la cianosis, y por una dispnea particular, en la cual el torax y el diafragma hacen movimientos muy extensos, sin que sea posible apreciar la existencia de ningun otro obstáculo á la respiracion, que la dificultad que experimenta la sangre por su densidad, para atravesar los capilares del pulmon. Pueden sucumbir los niños en pocas horas al cólera infantum, presentando los síntomas descritos más arriba; en otros casos, pasa el insultus colérico propiamente dicho, y entra la enfermedad en un período más benigno; en fin, es posible que los individuos se restablezcan rápida y completamente, despues de haber pasado por la situacion al parecer más desesperada.

§. IV.—**Diagnóstico.**

En el capítulo X de esta seccion, nos ocuparemos de la manera de distinguir el catarro agudo del estómago, que se manifiesta bajo la forma de *embarazo* gástrico, y los demás trastornos de la digestion.

Cuando reina el cólera asiático epidémico, es completamente imposible distinguir los casos accidentales de cólera nostras, de los que se desarrollan bajo la influencia del miasma colérico, puesto que no solamente son análogos, sino idénticos los síntomas del cólera nostras y de los casos ligeros del cólera

asiático. La mayor diferencia que hay entre estas enfermedades, es que en la primera mueren casi la mitad de los indivíduos atacados, mientras que de la última nadie se muere por decirlo así. Es mucho mas frecuente confundir la enfermedad con un envenenamiento; sin embargo, el cólera nostras, casi nunca es acompañado de dolores tan violentos como estos últimos, producidos por los ácidos y sales metálicas, y es raro sean tan copiosas las evacuaciones en los envenenamientos como en el cólera nostras. Si la enfermedad es muy larga ó presenta otros fenómenos extraordinarios, deben tenerse muy presentes todas las circunstancias que pudieran dar lugar á suponer la existencia de un envenenamiento.

El catarro agudo del estómago de las criaturas, y la diarrea de los niños, no pueden confundirse con ninguna otra enfermedad.

§. V.—**Pronóstico.**

El pronóstico del catarro agudo del estómago, se deduce de la descripcion que hemos dado de la marcha de la enfermedad. Los adultos de buena salud habitual, casi nunca sucumben á esta afeccion; sin embargo, sus frecuentes recidivas pueden fácilmente dar lugar á que se produzca un catarro crónico.—Los indivíduos débiles y estenuados, pueden morir de fiebre gástrica, y con más facilidad de fiebre mucosa.—Para los niños, el catarro agudo del estómago y sus consecuencias, es una enfermedad de las más peligrosas, y que muchas veces se termina por la muerte, á pesar del tratamiento mejor dirigido.

§. VI.—**Tratamiento.**

La profilaxia del catarro agudo del estómago, si fuéramos á explicarla detalladamente, nos haria extendernos demasiado, puesto que tendríamos que revisar casi todas las prescripciones dietéticas. Sabemos por el párrafo I que para prevenir los

catarros del estómago, debe vigilarse con mucho cuidado el régimen de ciertos enfermos, por ejemplo de los febricitantes y los convalecientes; pero sobre todo el de los recien nacidos y el de los niños que maman. En cuanto á estos últimos, siempre que las circunstancias impidan á la madre criarlos por sí misma, se les debe dar una buena nodriza, y usar cuando se les dé leche de vacas, de ciertas precauciones que en su mayor parte descuellan del párrafo I.

1.° La leche debe ser fresca, y cuando se habite en una aldea, debe hacerse ordeñar por lo ménos dos veces al dia. Si presenta alguna ligera señal de acidez, inmediatamente se la debe cocer para detener la trasformacion del azúcar de leche en ácido láctico; tambien puede unirse á ella carbonatos alcalinos para hacerla neutra ó ligeramente alcalina.

2.° No es preciso que la leche proceda de vacas alimentadas con orujo, ó lo que es peor todavía, con los resíduos de la destilacion del aguardiente. En las grandes poblaciones, debe preferirse la leche de las vacas criadas por los cerveceros, que las alimentan con el resíduo del malta, ó por otro nombre, drecha.

3.° La leche debe estar suficientemente diluida con dos tercios de agua, durante los tres primeros meses, y un tercio en los otros tres siguientes.

4.° Debe darse la leche al niño por intervalos regulares no muy cortos En las primeras semanas puede presentarse al niño el biberon cada dos horas, y más tarde cada tres ó cuatro. Cuanto más cortos sean los intervalos, ménos leche se ha de dar cada vez.

5.° Es preciso cuidar de tener muy limpios, no sólo los vasos que sirven para dar de beber á los niños, sino tambien la boca.—Si se falta á alguno de estos preceptos, puede ocasionarse un catarro de la boca, mientras que si se observan rigurosamente, se tiene, por lo ménos, algunas probabilidades de preservar de ellos á los niños.

La *indicacion causal* puede, cuando el catarro del estóma-

go es sostenido por alimentos nocivos ó en vias de descomposicion, exigir el empleo de un *vomitivo*. Unos abusan de la prescripcion de este medio en el catarro agudo del estómago, mientras que otros lo olvidan demasiado. Si se cede á las instancias del enfermo, ó si sólo de la sensacion de presion y plenitud en el epigastrio, de la suciedad de la lengua y de la fetidez del aliento se deduce la existencia de saburras en el estómago, nos creemos autorizados á prescribir un vomitivo siempre que se presenten estas condiciones, se prolongará la enfermedad, haciendo obrar sin necesidad un nuevo irritante, sobre la mucosa ya enferma.—Pero igualmente perjudicial es, el exagerado temor de la accion nociva de los vomitivos, temor fundado simultáneamente en su accion purgante, la inflamacion pustulosa del estómago, que algunas veces se observa despues del uso prolongado del tártaro estibiado, y ante todo en la idea falsa que se tiene de la manera de obrar de los vomitivos. Suele olvidarse, que la irritacion ejercida sobre la mucosa gástrica por esta sustancia, no es ni muy ofensiva ni persistente, segun nos enseña la experiencia diaria, y se ignora que, segun los preciosos experimentos de Magendie y de Budger, no depende el efecto vomitivo del tártaro estibiado y la ipecacuana de su accion irritante sobre la mucosa gástrica, sino de su absorcion, y que especialmente Magendie ha podido excitar el vómito inyectando tártaro estibiado en las venas de un animal, cuyo estómago se habia reemplazado por una vejiga.

Cuando la elevacion del epigastrio, la percusion de la region estomacal, los eructos de gases y de líquidos, recuerdan por su olor y gusto los alimentos tomados algun tiempo antes, no permiten dudar de que el estómago debe contener sustancias en vias de descomposicion, en cuyo caso los sufrimientos del enfermo justifican una intervencion, que siempre es algo violenta; está indicado el vomitivo, debiendo administrarse, para obrar con seguridad, una mezcla de 1 gramo de ipecacuana, y de 5 ó 6 centígramos de tártaro estibiado. En el pár-

rafo III hemos hecho ver que hasta en estas condiciones pueden ser rápidamente expulsados del cuerpo los alimentos no digeridos y descompuestos, sin necesidad de vomitivo y sin ninguna consecuencia perjudicial; pero seria preciso que esto sucediera siempre: muchas veces permanecen por demasiado tiempo las sustancias nocivas en el estómago, y provocan, cuando llegan al intestino, graves y duraderos trastornos. Si puede librarse el estómago de las sustancias nocivas que sostienen en su interior una irritacion *contínua*, si puede preservarse al intestino de la accion de estas sustancias, no debe temerse á la *irritacion* pasajera que el vomitivo ejerce sobre la mucosa gástrica. Si en un caso semejante se permanece inactivo, ó en lugar del vomitivo se prescribe una mixtura de magnesia calcinada, como muchas veces se la ha empleado, sobre todo en estos últimos tiempos, podemos exponernos á prolongar inútilmente la duracion de la enfermedad, así como si en otras cirunstancias se prescribiera un vomitivo estemporáneamente y sin motivo para ello. Si el catarro del estómago es acompañado de una fiebre ligera, no debe verse en este hecho una contraindicacion del vomitivo; por el contrario, si la fiebre es violenta y se tiene la menor sospecha de un principio de fiebre tifoidea, no deben nunca emplearse estos remedios, puesto que esta enfermedad toma casi siempre un carácter más grave cuando en su principio se han administrado vomitivos y laxantes.

La indicacion causal no reclama nunca el empleo de los *purgantes* en el tratamiento del simple catarro agudo del estómago. No sucede lo mismo cuando han pasado al intestino las sustancias nocivas y determinado en ellos flatulencia, cólicos ligeros, la emision de gases fétidos y otros síntomas. En estos casos pueden prescribirse laxantes suaves, sobre todo el ruibarbo y la infusion de sen compuesta (pocion laxante de Viena): tambien puede prescribirse una mixtura de magnesia calcinada (15 gramos por 200 de agua, agitando la botella para tomar una cucharada por hora ó cada dos horas): este medicamento conviene, sobre todo cuando se forman muchos áci-

dos en el estómago, pues purga fácil y seguramente.—Son ménos recomendables para estos casos las sales purgantes neutras. Cuando parece estar sostenido el catarro de un desarrollo anormal de ácidos, procedentes ya de la trasformacion de las sustancias amiláceas en ácido láctico y butírico, ó ya de la fermentacion acética del vino y de la cerveza tomados por el enfermo, y no es bastante considerable el malestar que de ello resulta para reclamar el empleo de un vomitivo, puede satisfacerse la indicacion causal por la administracion *de los carbonatos alcalinos*. El remedio más usado es el bicarbonato de sosa administrado en polvos, ó en disolucion, á la dósis de 25 á 50 centígramos; si quiere prescribirse el bicarbonato de sosa bajo la forma tan en boga de agua de sosa carbonatada (soda-water), debemos asegurarnos antes de si el líquido que se halla en las farmacias contiene realmente bicarbonato de sosa, ó es una simple agua gaseosa, como el soda-water de Lóndres.

No es raro que, á pesar de producirse numerosas evacuaciones por la extremidad superior é inferior del tubo digestivo, queden en el estómago algunas pequeñas cantidades de sustancias descompuestas. Si entonces se administran los carbonatos alcalinos, neutralizan los ácidos formados, pero no pueden detener el trabajo de descomposicion ni la produccion de nuevas acideces. Las sustancias detenidas en el estómago y en vias de descomposicion, hacen participar de su movimiento químico á los alimentos frescos y sanos, trasformando de este modo las sustancias más inofensivas en materiales nocivos y peligrosos para la mucosa gástrica de los niños, en quienes se obaerva con más frecuencia esta clase de accidentes. La indicacion causal exige que en estos casos se procure detener la descomposicion de las materias contenidas en el estómago, y que á pesar del vómito y la diarrea, continúan detenidas en él. Esto es difícil de conseguir, y no basta para ello muchas veces toda la ciencia de los médicos. Una vez reconocida la descomposicion de las materias gastro-intestinales, como la causa más comun de la diarrea de los niños, puede por lo ménos explicarse los ma-

los resultados del tratamiento de estas, los cuales no podrian explicarse si se considerara al catarro gastro-intestinal como el único objeto del tratamiento.—Es sabido que aun fuera del organismo es difícil detener una fermentacion, ó cualquiera otra descomposicion, una vez principiada. Pero los medios que pueden utilizarse para este objeto fuera del organismo, no pueden en gran parte ser aplicados cuando las fermentaciones y descomposiciones tienen lugar en el interior del cuerpo. Nos es imposible someter á la desecacion las materias contenidas en el estómago, ni exponerlas á una temperatura suficientemente alta ó baja para interrumpir su descomposicion, y ciertas sustancias que combate la fermentacion son verdaderos venenos para la economía. Sin embargo, si se consideran los numerosos remedios, muchas veces diametralmente opuestos en cuanto á sus demás propiedades, y que los médicos emplean unas veces dándose cuenta completa del efecto que han de producir, y otras simplemente al azar, y con incontestable ventaja en ciertos casos, encontraremos que siempre *son sustancias que tambien se emplean fuera del organismo, para suspender la fermentacion y demás descomposiciones*. Los remedios de que con más frecuencia nos servimos contra la diarrea de los niños, son los carbonatos alcalinos, los ácidos minerales, sobre todo el clorhídrico, las sales metálicas, y entre ellas ante todo los calomelanos y el nitrato de plata, y despues el tanino, la creosota y la nuez vómica. Es posible que parte de estos remedios, sobre todo el nitrato de plata y el tanino, ejerzan una accion favorable al mismo tiempo sobre la mucosa irritada del estómago y el intestino, moderando la hiperemia por sus efectos astringentes. El mayor número de los remedios que acabamos de citar, y ante todo el más usado, que son los calomelanos, no ejerce, sin embargo, tal accion sobre la mucosa gástrica, y los resultados que por su empleo se obtienen, sólo pueden explicarse por sus efectos sobre la indicacion causal; es decir, oponiéndose á los progresos de la descomposicion. Cuando un niño padece un catarro ligero del estómago, que no se traduce

más que por el vómito característico y la mezcla de leche no digerida con las deyecciones alvinas, puede prescribirse, además de una dieta muy severa, de la que volveremos á hablar en la indicacion de la enfermedad, los medicamentos más activos de los que antes hemos citado, es decir, los carbonatos alcalinos asociados á pequeñas dósis de ruibarbo, principalmente la forma tan comun de polvos de ruibarbo y magnesia, ó en los casos de diarrea más intensa la tintura acuosa de ruibarbo (1). Es muy antigua y vulgar la fórmula siguiente: R.ª: tintura acuosa de ruibarbo, 8 gramos; licor de carbonato de potasa (solucion titulada de una parte de carbonato de potasa seco en dos de agua destilada), 12 gotas; agua destilada de hinojo, 60 gramos, y jarabe simple, 60 gramos. Cuando este remedio es ineficaz, persisten las descomposiciones anormales y se multiplican las deposiciones, conviene administrar los calomelanos á pequeñas dósis, tal como se aconseja desde hace mucho tiempo contra las diarreas de los niños. Yo sólo prescribo uno ó dos centígramos para tomar dos ó tres veces al dia. Bednar, que en esta afeccion prefiere tambien los calomelanos á los demás remedios, los administra á dósis más altas y repetidas, asociándole pequeñas dósis de jalapa. Su prescripcion es la siguiente: R.ª: calomelanos al vapor, 20 centígramos; polvos de raíz de jalapa, 10 centígramos; azúcar blanca, dos gramos; divídase en 8 papeles iguales, para tomar uno cada dos horas en un poco de agua. Tampoco este tratamiento conduce siempre al objeto deseado. Muchas veces persisten las evacuaciones á pesar de la dieta más severa y la repeticion de las dósis de calomelanos, llegando un momento en que se teme emplear por más tiempo un medicamento tan ofensivo como las preparaciones mercuriales, si bien la persistencia del vómito y la diarrea no

(1) Hágase macerar por espacio de veinticuatro horas, y fíltrese despues, la mezcla siguiente: Ruibarbo quebrantado, 48 gramos; carbonato de potasa, 12 gramos; agua de canela vinosa, 64 gramos, y agua destilada, 384 gramos, para obtener la tintura acuosa de ruibarbo de la farmacopea prusiana. (*Nota del autor*)

permiten la absorcion más que de cantidades sumamente pequeñas, por lo cual es muy raro se presente la estomatitis mercurial. Todo médico que tenga alguna clientela, puede encontrarse en el caso, cuando se presenta un estado morboso semejante, de tener que renunciar al remedio que le ha prestado más servicios en la mayor parte de las ocasiones, y en el cual tiene puesta toda su confianza, teniendo que recurrir á medios que rara vez ha visto sean útiles y le inspiran mucha ménos confianza. Frecuentemente se salta con una especie de desesperacion de una prescripcion á otra, sin ningun plan fijo. Es imposible definir clara y terminantemente para qué casos conviene el nitrato de plata, el tanino, el ácido hidroclórico, ó por último la tintura de nuez vómica. Por lo general, se emplea al principio el medicamento que nos parece haber dado mejor éxito en el último caso tratado; si este remedio es ineficaz, se va pasando sucesivamente á los otros. Sin atribuir demasiada importancia al consejo, recomiendo que en los casos en que los vómitos excesivos y muy frecuentes coinciden con una sed ardiente, y á la vez se producen evacuaciones alvinas muy serosas y muy abundantes, recomiendo, digo, se administren dósis muy pequeñas de nitrato de plata (R.ª: nitrato de plata, 150 miligramos; agua destilada, 60 gramos. D.ª: Cúbrase de la luz. Para tomar una cucharada de café cada dos horas), y pequeñas porciones muy repetidas de agua helada. Si falta el vómito, aunque la diarrea sea muy abundante, prescribo, cuando los calomelanos no producen efecto, el tanino en esta forma: R.ª: tanino, 60 centígramos. D.ª en 100 gramos de agua destilada, para tomar una cucharada de café cada dos horas. En los casos benignos, pero prolongados, doy el ácido hidroclórico en un vehículo mucilaginoso. No tengo bastante experimentada la eficacia de la tintura de nuez vómica, la creosota y las tinturas ferruginosas, que tambien se han recomendado.

En el *catarro del estómago debido á un enfriamiento*, reclama la indicacion causal un tratamiento *diaforético*.

En el catarro provocado por causas morbíficas desconoci-

das, y que reinan epidémicamente, no puede llenarse la indicacion causal.

Para llenar la *indicacion de la enfermedad*, es completamente indispensable tomar severas precauciones dietéticas, puesto que generalmente es inútil prescribir medicamentos. La experiencia nos enseña que una hiperemia que exceda los límites normales y una produccion mucosa exagerada, recupera muy pronto sus condiciones fisiológicas en la mucosa del estómago, cuando se combaten las causas que las han provocado, y se la preserva cuidadosamente de todas las influencias nocivas que pudieran sostenerla. Así es como evidentemente los alimentos, aun los más fáciles de digerir, sostienen la hiperemia catarral; lo más seguro es sustraer á los enfermos de toda clase de alimentacion y condenarlos á una *dieta absoluta*; se recomienda esta medida, sobre todo para aquella forma del catarro del estómago que representa el embarazo gástrico. Muchas veces hace la familia alguna resistencia á esta prescripcion; las madres intranquilas, difícilmente se deciden, siquiera sea por un tiempo muy corto, á dejar de alimentar á sus hijos; los adultos atacados de esta afeccion, no perciben, á decir verdad, la sensacion de hambre; pero sin embargo, desean alimentos salados y picantes. Cuanto más se insista en la necesidad de ayunar, mejores resultados podrán obtenerse.—Si la enfermedad se prolonga, es acompañada de fiebre, ó bien si los progresos de consuncion determinada por este no permiten continuar la dieta absoluta, no deben por lo ménos concederse más que *alimentos líquidos*, que son los que ménos irritan la mucosa estomacal. Para escoger entre estos alimentos, debe tenerse en cuenta la circunstancia de que la secrecion estomáquica se ha vuelto alcalina por su mezcla con el moco, y que ha perdido la mayor parte de su fuerza digestiva. Preciso es, pues, en general, prohibir la leche, los huevos y la carne, los cuales para asimilarse necesitan un jugo gástrico de reaccion ácida; y no debe permitirse tomar más que alimentos amilaceos, en tanto que falten los signos de una acidez normal. Las sopas con agua

constituyen un alimento muy racional para los enfermos del catarro del estómago crónico.

Mayores dificultades hay para establecer el régimen cuando se trata de uno de esos catarros agudos de los niños, debidos á un trabajo de descomposicion difícil de suspender, y sostenidos por el mismo. La leche, alimento tan racional y conveniente para los niños, les es perjudicial en estos casos, á causa de que muy fácilmente entra en descomposicion; debiendo entonces hacernos la siguiente pregunta, tan difícil de responder: ¿qué debe darse en vez de la leche, cuáles son los alimentos que en estas condiciones no entran en descomposicion, y no se trasforman en sustancias nocivas? Podemos fácilmente convencernos de que el mucílago de avena y de cebada, el arrow-root y la sustancia de pan, se trasforman con la misma rapidez que la leche, en productos ácidos. Para tratar eficazmente estos estados, es muy importante tener la conviccion de que los niños no se mueren de hambre, porque se les pribe de toda alimentacion, durante uno ó dos dias, y tomen exclusivamente aguá fresca no azucarada, porque el azúcar tambien perjudica en estos casos. Si á beneficio de este tratamiento cesan los vómitos y la diarrea, y vuelven á tomar sus partes acuosas la sangre, se ve muchas veces desaparecer rápidamente el colapsus, y en cierto modo parece que los niños sometidos á dieta vuelven á la vida. Desde este momento puede volverse á principiar á darle leche diluida en agua, por pequeñas porciones de cada vez. Si no siempre es soportada la leche, y parece peligroso someter á los niños á una abstinencia mayor, puede darse con ventaja un extracto de carne introducido en una botella bien tapada y sin añadirle agua, carne cortada en pedacitos pequeños, y dejando permanecer la botella por espacio de algunas horas, en una caldera llena de agua hirviendo. Este extracto se da á cucharadas de café.

Es muy raro que la indicacion de la enfermedad exija en el tratamiento del catarro agudo del estómago, el empleo de la medicacion llamada antiflogística. Las sangrías generales, lo

mismo que las locales, son siempre inútiles. Un remedio que merece emplearse, sobre todo en las formas muy intensas del catarro, y que se distingue por vómitos violentos y una sed ardiente, es *el frio*. En el cólera nostras, lo mismo que en el cólera infantum, es conveniente hacer beber agua helada, chupar pedacitos de hielo, y aplicar al vientre compresas frias, renovadas á menudo.

En el tratamiento del catarro agudo del estómago, debemos pronunciarnos contra el uso del muriato de amoniaco, con más energía que lo hemos hecho al hablar del tratamiento del catarro bronquial. En el catarro del estómago no debe contarse seguramente con su accion catarral, y su administracion sólo puede agravar la enfermedad.

Goza un gran favor en el tratamiento de esta afeccion el *ácido carbónico*, administrado á los enfermos bajo la forma de polvos gasíferos, pocion de Riviere, ó aguas minerales acidulas. El ácido carbónico provoca inmediatamente eructos, que arrostran consigo los gases residentes en el estómago, y á los cuales casi siempre sigue un alivio instantáneo; no quiere esto decir que el ácido carbónico, cuya accion parece ser siempre irritante, modere la hiperemia del estómago y contribuya por sí mismo á curar más rápidamente el catarro.

Todo lo contrario sucede con los *carbonatos alcalinos*. Su administracion disminuye la viscosidad del moco segregado, y facilita su evacuacion; así pues, merecen, aun haciendo abstraccion de los casos en que están reclamados por la indicacion causal, que se les emplee frecuentemente en los periodos ulteriores del catarro agudo del estómago; agréguese á esto que los carbonatos alcalinos parecen favorecer la secrecion del jugo gástrico propiamente dicho; lo cierto es que Blondot y Frerichs han probado, que despues de la administracion de los carbonatos alcalinos, se verificaba una formacion de jugo gástrico ácido tan considerable, que no solamente neutralizaba el álcali, sino que hasta presentaba inmediatamente una reaccion ácida el contenido del estómago. En el embarazo gástrico, se

prescriben estos remedios bajo la forma de agua de sosa carbonatada, ó de tintura acuosa de ruibarbo.

Es raro que la *indicacion sintomática* reclame medidas especiales. Entre los síntomas que con más frecuencia hacen necesaria una intervencion, debe contarse el *vómito*, y cuando simultáneamente está atacado el intestino, la *diarrea*. Mientras que estos fenómenos, cuando son moderados, pueden considerarse como favorables, y no necesitan ningun tratamiento particular, pueden adquirir tal violencia, sobre todo en el cólera infantum y en el cólera nostras, que la enorme pérdida de agua condense extraordinariamente la sangre, y haga peligrar la vida. El remedio más usado contra el vómito y la diarrea copiosa, es el *opio*. Nada de positivo se sabe sobre de qué manera calma el opio el vómito y detiene la diarrea. Si sólo paraliza los movimientos del intestino y disminuye por esto el número de las evacuaciones, sin moderar al mismo tiempo la secrecion de la mucosa, su utilidad seria ilusoria; parece, por el contrario, que el opio, además de la influencia que ejerce sobre los movimientos del intestino, y precisamente por esto mismo, disminuye á la vez la secrecion de la mucosa intestinal. Si por consiguiente en el cólera nostras el agua helada, cuyo buen efecto sobre los vómitos violentos hemos recordado más arriba, es ineficaz, y continúan sucediéndose con gran rapidez las cámaras diarréicas, debe darse el opio en polvo por dósis de 2 ½ centígramos, ó en tintura, solo ó asociado á los tónicos. A pesar de las razones que parecen prohibir la administracion de estas sustancias en los niños, y á pesar de tener la conviccion de que no llena la indicacion causal ni la de la enfermedad, puede ser necesario administrar el opio á pequeñas dósis contra la excesiva frecuencia de las evacuaciones, aun en el cólera infantum. A medida que en este y en el cólera nostras avanza el colapso, se debilita el pulso y desciende la temperatura, y se hace necesario emplear al mismo tiempo los excitantes, sobre todo el vino, el éter y el café al interior, y los sinapismos al exterior.

Por otra parte, puede acumularse una *gran cantidad de mucosidades* en el catarro agudo del estómago, á pesar del empleo de los alcalinos, las cuales, producto del catarro, pueden, descomponiéndose, prolongar la enfermedad, ó despues de terminado el proceso, detener la convalecencia y alterar la digestion. Si en los últimos períodos del catarro, penosas vomituraciones, por las cuales se expulsan de vez en cuando más ó ménos cantidades de moco, la anorexia y la lentitud del restablecimiento hacen suponer de que existe semejante estado en el estómago, puede estar exigida por tales circunstancias la administracion de un vomitivo.

CAPÍTULO II.

CATARRO CRÓNICO DEL ESTÓMAGO.

§. 1.—**Patogenia y etiología.**

El catarro crónico del estómago sucede unas veces al catarro agudo, cuando este último dura demasiado ó recidiva con frecuencia, y otras se presenta desde luego como una afeccion crónica. La etiología del catarro crónico del estómago es, pues, en gran parte, la misma del catarro agudo.

1.° *Todas las causas morbíficas que provocan este último*, pueden tambien dar lugar al catarro crónico, cuando su accion se continúa por algun tiempo, ó se repite muchas veces.

Citaremos aquí especialmente el abuso prolongado de los espirituosos, el cual es la causa más frecuente del catarro crónico del estómago.

Se ha notado á la vez que la accion del alcohol es tanto más perniciosa, cuanto más concentrado es este líquido, siendo atacados con más facilidad de esta afeccion los bebedores de aguardiente.

2.° El catarro crónico del estómago, depende en muchos

casos de *éxtasis en los vasos de la mucosa gástrica*. El obstáculo que impide el paso de la sangre y provoca estos éxtasis, puede tener su asiento en la vena porta, y por esta razon vemos que todas las enfermedades del hígado que producen una compresion de este vaso y sus ramificaciones, se complican constantemente de un catarro crónico del estómago. Sin embargo, todavía es más frecuente que exista el obstáculo más allá del hígado: todas las enfermedades del corazon, del pulmon y la pleura, que acarrean un excesivo acumulo de sangre en el corazon derecho, é impiden vaciarse las venas cavas, se oponen tambien á la salida de la sangre contenida en el hígado, y por consiguiente, á la de la sangre del estómago; hé aquí por qué encontramos en el enfisema, la cirrosis del pulmon y las lesiones cardiacas, el catarro crónico del estómago, con igual frecuencia que la cianosis de la piel, puesto que ambos estados morbosos son debidos á la misma causa.

3.° El catarro crónico del estómago, acompaña muy á menudo á la *tísis pulmonar y otras enfermedades crónicas*. En la primera parte de esta obra dijimos, que los enfermos en el primer período de la tísis se quejan muchas veces más bien de los síntomas del catarro gástrico, que de los de su afeccion de pecho, y los cuales generalmente les hace consultar el médico.

4.° El catarro crónico del estómago acompaña constantemente al cáncer y otras degeneraciones de este órgano.

§. II.—Anatomía patológica.

En el catarro crónico, suele presentar la mucosa del estómago un tinte de color rojo oscuro, ó gris apizarrado, igual al que se encuentra en otras mucosas atacadas de la inflamacion crónica. Este aspecto es debido á pequeñas hemorragias capilares producidas en el mismo tejido de la mucosa, y á la trasformacion de la hematina en pigmento. En vez de la inyeccion fina que en el catarro agudo ofrece la mucosa, encontramos

por lo comun en el catarro crónico, una vascularizacion más gruesa, y en diferentes puntos dilataciones varicosas de los vasos. Despues ha aumentado en masa la mucosa por causa de la hipertrofia, se ha puesto más gruesa y más dura, y vemos en el catarro crónico del estómago, aun aparte de aquellos casos en que las fibrillas musculares están contraidas bajo la influencia de la rigidez cadavérica, formar muchos pliegues la mucosa, y algunas veces elevarse ciertas partes bajo la forma de tumores blandos y esponjosos, por causa de una hipertrofia vellosa. Algunas veces se observan muchas prominencias pequeñas separadas entre sí por surcos superficiales, á lo cual se llama estado mamelonado. Este estado depende por lo comun de la hipertrofia parcial de la mucosa gástrica, algunas de cuyas glándulas y su tejido intermedio están aumentadas de volúmen: segun Frerichs, puede tambien producirse este estado por concreciones grasosas de forma redonda, que se forman en el tejido submucoso, ó por el desarrollo de folículos cerrados, muy próximos entre sí; y segun Budd, en ciertos casos, por la distension de las glándulas estomáquicas, cuya secrecion no puede verterse. Estas modificaciones son muy frecuentes y considerables en la region pilórica.—Al mismo tiempo está cubierta la superficie interna de un moco gris blanco viscoso, y muy adherido á la pared.

El aumento de espesor y de dureza no siempre queda limitado á la mucosa; en ciertos casos tambien el tejido submucoso y la capa muscular, se trasforman en una masa lardacea de muchos milímetros de grosor, y hasta de centímetro y medio en ocasiones. Este aumento de volúmen de la pared estomáquica, depende tambien de una hipertrofia simple constituida, tanto por una nueva formacion de fibro-células musculares, como por el aumento del tejido conjuntivo submucoso é intermuscular. Sobre la superficie de seccion se presenta el tejido muscular condensado, bajo el aspecto de una masa rojiza, gris, pálida, blanda, carnosa y atravesada por tiras blancas de tejido conjuntivo, dirigidas de fuera adentro, y presentan un aspecto

tabicado muy particular; algunas veces toda la region pilórica, y sobre todo el piloro mismo, se modifican de la manera descrita; en otros casos, es más circunscrito el engrosamiento de las paredes estomacales, y forma tumores prominentes aislados (Fœrster). El engrosamiento de la pared del estómago por hipertrofia simple, puede ocasionar un estrechamiento del piloro, y éste á su vez ser seguido de una enorme dilatacion de la parte del estómago situada por delante de la estrechez.

§. III.—**Síntomas y marcha.**

Los enfermos que padecen catarro crónico del estómago, acusan por lo comun una sensacion de *presion y plenitud en la region epigástrica*, la cual aumenta despues de las comidas, pero rara vez se convierte en dolores vivos. Cuando se presentan estos despues de la comida, y presenta el epigastrio una gran sensibilidad á la presion, puede sospecharse que el catarro crónico no es simple, sino que está complicado de una lesion grave. A la vez que el sentimiento de plenitud, se observa casi siempre cierta *elevacion del epigastrio*, debida á la distension del estómago por el aire y los alimentos que en él permanecen. Los gases encerrados en el estómago se forman en esta afeccion, tanto á consecuencia de la descomposicion que sufren los alimentos cuando el jugo gástrico se hace alcalino y deja de disolver normalmente los alimentos, como cuando el moco encerrado en el estómago, obra sobre su contenido á la manera de un fermento anormal. Otra causa que tambien favorece esencialmente las descomposiciones anormales en el catarro crónico, es la paralisis de la capa muscular del estómago, cuya túnica, aunque bastante poderosa, se perturba en sus funciones por la infiltracion serosa. Cuando los movimientos del estómago se paralizan, permanecen en él demasiado tiempo los alimentos, y se descomponen. De vez en cuando se escapan los gases de su interior, los cuales tienen la misma composicion que los del catarro agudo, bajo la forma de *eructos*. Estos fenómenos, que constituyen uno de los síntomas más constantes

del catarro crónico del estómago, arrastran frecuentemente consigo algunas pequeñas partes líquidas, que tienen un gusto ácido ó rancio, y que el enfermo esputa ó vuelve á tragar. La formacion de ácidos láctico y butírico por la trasformacion anormal de las féculas, llega comunmente en esta afeccion á un grado muy elevado, y los líquidos ácidos y acres, que por los eructos son lanzados al esófago y la faringe, provocan en este caso una sensacion de quemadura, es decir, la *pirosis* (llamada comunmente yecrao ardiendo).

Algunas veces van acompañados los síntomas anteriores de *vómitos*, si bien estos últimos no son constantes, sino que, por el contrario, se les observa pocas veces. Segun las observaciones de Frerichs, al cual, por lo demás, somos deudores de la mayor parte de las nociones que poseemos sobre las anomalías de la digestion, algunas veces son trasformados en esta enfermedad los hidratos de carbon en una masa viscosa y filamentosa parecida á la goma, y la cual comunmente se forma tambien fuera del órgano durante la fermentacion láctica. Las materias vomitadas, algunas veces no consisten más que en enormes cantidades de esta sustancia no azoada, y que se arroja despues de penosos esfuerzos bajo la forma de masas mucosas que se estiran en hilos prolongados.—En otros casos vuelve el enfermo un verdadero moco al mismo tiempo que un líquido de gusto soso, y precisamente esta forma de vómito es la que principalmente se encuentra en el catarro crónico de los bebedores, lo cual constituye la famosa pituita, ó el *vomitus matutinus*. Frerichs, que tambien ha examinado con atencion estas masas, ha observado que comunmente presentaban una reaccion alcalina, tenian un peso específico muy pequeño, contenian siempre compuestos de sulfocianuro, y que el alcohol en exceso precipitaba una sustancia blanca coposa, que trasformaba rápidamente el engrudo de almidon en azúcar. Estas propiedades del líquido prueban que no proviene del estómago, sino de las glándulas salivales. Ya hemos mencionado que las irritaciones y enfermedades del estómago dan lugar á un au-

mento de la secrecion salival; de esta manera se explica que en el catarro crónico de los bebedores, la saliva que sucesivamente se ha ido tragando por la noche, se arroja por la mañana bajo la forma de pituita.—Mas rara vez sucede que en el catarro crónico gástrico simple, vomite el enfermo alimentos más ó ménos alterados. Cuando esto ha tenido lugar, ordinariamente están estos elementos mezclados con mucho moco, y tienen por su mezcla con el ácido butírico un olor y un sabor desagradables, acres, conteniendo algunas veces producciones microscópicas particulares, que son la *sarcina ventriculi*. Es positivo que esta, la cual, cuando se encuentra en el estómago, existe en él en enorme cantidad, es un hongo. Representa una célula de 8 á 10 milímetros, de forma cúbica; cada una de sus caras está dividida en cuatro partes regulares; ordinariamente algunas células, y otras veces gran número de ellas, se reunen para formar cuadrados más ó ménos grandes. No puede admitirse que este parásito vegetal obre como fermento, y sea la causa de las descomposiciones anormales del contenido del estómago, porque en los estómagos sanos, donde rara vez se encuentra por cierto, no va acompañada su presencia de síntomas de descomposicion anormal.

La *sensacion del hambre*, casi se extingue en muchos indivíduos, hasta cuando ya están enflaquecidos y el cuerpo tiene una perentoria necesidad de alimentos; muchas veces difícilmente acceden á nuestras instancias, para tomar algo de alimento.—En otros casos existe el apetito, pero en seguida se presenta la sensacion de saciedad, y algunas veces á las primeras cucharadas. En fin, en algunos casos, sobre todo cuando es muy considerable la formacion de ácidos, se presenta de vez en cuando una dolorosa sensacion en la region del estómago, acompañada de una sensacion de desfallecimiento; como ordinariamente se mejora este malestar cuando los enfermos toman algun alimento, se ha dado á este estado el nombre de bulinia. La sed no está aumentada, y cuando no existe fiebre, se halla muchas veces disminuida como el apetito.

Si el catarro crónico del estómago se propaga á la cavidad bucal, se presentan al mismo tiempo los síntomas de un catarro crónico de la boca, está la lengua sucia, se ven en sus bordes las impresiones de los dientes, se nota un sabor soso, está la boca pastosa y desprende un olor más ó ménos fétido. Por lo demás, la limpieza de la lengua y la ausencia de los demás signos del catarro bucal, no provienen seguramente de que el estómago esté sano.

Muchas veces se extiende el catarro crónico del estómago al intestino, en cuyo caso se unen á los síntomas hasta aquí descritos, los del *catarro intestinal crónico*. Sin embargo, no debe olvidarse que no siempre acompaña la diarrea á todos los casos del catarro intestinal, puesto que esta afeccion no siempre da lugar á una secrecion líquida ó á una produccion excesiva de mucosidades. Más bien existe de ordinario una constipacion más ó ménos tenaz, á causa de que los movimientos del intestino, como los del estómago afectado de inflamacion crónica, disminuyen considerablemente. La descomposicion anormal de los alimentos, se continúa en los intestinos, donde permaneciendo más tiempo que de ordinario, dan orígen á la flactulencia, se abomba el vientre y los enfermos que se sienten aliviados por la excrecion de los gases, atribuyen á estos últimos la causa de su enfermedad.

Algunas veces se propaga el catarro desde el duodeno al conducto colédoco, en cuyo caso se producen una retencion y una reabsorcion biliar.—Más tarde veremos que la *ictericia* provocada por el catarro gastro-intestinal, es la forma más frecuente de esta afeccion.

En cuanto al *estado general* de los enfermos, la violenta cefalalgia, la sensacion de quebrantamiento y laxitud de los miembros, y otros síntomas generales que acompañan al catarro agudo del estómago, faltan en el catarro crónico de este órgano; por el contrario, el catarro crónico del estómago y del intestino, casi siempre son acompañados de *alteraciones psíquicas de carácter depresivo*. Si quiere llamarse á este estado hipo-

condria, á causa de que la excitacion anormal del cerebro, depende de estados patológicos de las vísceras abdominales, lo admito; pero es preciso notar muy bien que el estado general que acompaña al catarro gastro-intestinal, no se distingue de las otras formas de melancolía, y que en esta forma no es el único objeto de los pensamientos tristes, la salud corporal, como se ha tratado de decir. En los catarros crónicos del estómago y del intestino, comunmente he observado un desaliento *general*, una depreciacion de su valor intelectual, una desesperacion con motivo de su posicion de fortuna, etc., y he visto desaparecer estos estados morales, con la curacion de la enfermedad. Hace algunos años que estuve tratando á un hombre muy rico, afectado de catarro gratro-intestinal crónico, el cual durante su enfermedad creia hallarse á punto de hacer bancarrota, y dejó sin concluir una casa que habia empezado á construir, á causa de que creia le faltaban los medios necesarios para terminar su construccion, etc. Despues de permanecer un mes en Karlsbad, volvió á recobrar toda su energía y la conciencia de su riqueza, y terminó la casa de una manera lujosa, desde cuya época se ha conservado perfectamente bien.

El trastorno sufrido por la quimificacion, lo mismo que el obstáculo que á la reabsorcion opone la capa viscosa de moco extendida sobre la pared del estómago é intestino, llegan á alterar la nutricion del enfermo cuando la afeccion persiste por algun tiempo, desaparece la grasa, se ponen los músculos flácidos y la piel se seca; muchas veces se ven sobrevenir afecciones escorbúticas, hinchándose las encías y dando sangre con facilidad; en algunos casos he observado extensos cardenales en las extremidades. Cuando el enflaquecimiento llega á ser muy grande, es un síntoma sospechoso. Debe temerse en este caso, que el catarro del estómago no sea más que una simple afeccion secundaria ó sintomática, provocada y sostenida por algun cáncer.

Es un fenómeno notable y difícil de comprender, la *modificacion* frecuente que presenta la orina en esta enfermedad. Si

bien puede admitirse *a priori*, que un trastorno en la absorcion debe dar lugar á una modificacion de las materias excretadas del cuerpo, esto no explica por qué los enfermos atacados de catarro crónico del estómago, presentan en la orina una gran abundancia de pigmentun, sedimentos de sales úricas, y frecuentemente grandes cantidades de oxalato de cal (véase el capítulo *Dispepsia*).

En cuanto á la *marcha* y *terminaciones* del catarro crónico del estómago, hay ocasiones en que pueden los síntomas descritos persistir por espacio de semanas, meses, y hasta de años, con una intensidad más ó ménos grande, y presentando muchas veces alternativas en pro y en contra.—En los casos en que puede combatirse la causa, comunmente se termina la enfermedad por la curacion, cuando el enfermo sigue un tratamiento racional; en otros casos ménos frecuentes, da orígen á lesiones más profundas del órgano, sobre todo á la *úlcera crónica del estómago* (?), y en los casos debidos á lesiones mecánicas, da lugar á *gastrorragias*.—Si hacemos abstraccion de las enfermedades consecutivas, es rara la *terminacion por la muerte*; hay casos, sin embargo, en que terminan los enfermos por ponerse hidrópicos, y sucumben en el marasmo. Muchas veces debe atribuirse la muerte, á las enfermedades que complican al catarro gástrico, ó le dan orígen.

Durante la vida, no puede diagnosticarse la hipertrofia de las paredes del estómago, mientras no haya dado lugar á una estrechez del piloro. Lo mismo sucede con la hipertrofia vellosa de la mucosa gástrica, cuya descripcion hemos dado en el párrafo II.

La *estrechez del piloro*, producida por la hipertrofia de las paredes, impide la salida del contenido del estómago, en cuyo caso existe una nueva causa de descomposicion anormal de su contenido, además del catarro. De esta manera nos explicamos que en las estrecheces del piloro, adquieran un grado más intenso, y sean más penosos todavía que en el catarro crónico simple, los síntomas que hemos atribuido á esta des-

composicion anormal, como los eructos de gases y líquidos nauseabundos, la pirosis, etc.—El vómito, que falta en muchos, en casi la mayor parte de los casos de catarro crónico simple, ó que no se declara sino de vez en cuando, pertenece á los síntomas más constantes de la pilorostenosis, y se presenta por lo comun con una gran regularidad, dos ó tres horas despues de las comidas. Algunas veces se modifica este estado de cosas, cuando el estómago, considerablemente distendido, se encuentra sin contener grandes cantidades de alimentos; entonces se observa que falta el vómito durante dos ó tres dias, y que despues de estos intervalos se evacuan de una vez enormes cantidades. Tambien puede haber en estos casos cierta regularidad en los vómitos.

Casi siempre consisten las materias vomitadas en la pilorostenosis, en alimentos más ó ménos digeridos, envueltos en mucosidades de sabor ácido desagradable, y un olor rancio; contienen por lo comun grandes cantidades de ácido láctico y butírico, y muchas veces sarcinas.—Cuando en estos casos es considerable la formacion de ácidos, é imposible de detener, y hay vómitos frecuentes y regulares, es muy probable exista una pilorostenosis, siendo todavía más seguro el diagnóstico cuando puede comprobarse una *dilatacion consecutiva del estómago*, que puede llegar á ser tan considerable, que ocupe este órgano la mayor parte de la cavidad abdominal. Este diagnóstico puede algunas veces hacerse por el *aspecto exterior del abdómen*, cuando el estómago distendido forma una prominencia que se extiende hasta el ombligo, ó más abajo todavía, y presenta un borde inferior convexo. Hace notar Bamberger, que cuando el estómago está situado muy abajo, puede algunas veces reconocerse, no sólo la corvadura mayor, sino tambien una parte más ó ménos extensa de la corvadura menor del estómago; segun este autor, formaria la última por debajo de la fosa epigástrica, que se hallaria más hundida, una prominencia más ó ménos saliente, extendida de las costillas falsas de un lado á las del otro, y un poco cóncava hácia aba-

jo; algunas veces se observa, cuando se rechaza un poco la piel del epigastrio, que la region epigástrica se hincha instantáneamente, y forma un tumor renitente. Este fenómeno, durante el cual se reconocen perfectamente por la palpacion, los contornos del estómago, probablemente es debido á la contraccion de las paredes estomacales, sobre su contenido líquido y gaseoso, que no puede escaparse, y á tomar una forma más esférica, en vez de la forma aplanada que ofrece en el estado de relajacion. Los segmentos más superficiales de esta bola, son los que más relieve forman en la pared abdominal, mientras que las partes situadas más profundamente en el abdómen, sólo son perceptibles por la palpacion. Este cambio temporal del estómago, que de saco flácido y deprimido se convierte en una vejiga esférica de una resistencia elástica, ordinariamente va acompañado de una sensacion desagradable, más ó ménos dolorosa. Lo que más choca á la palpacion, aparte del fenómeno pasajero de que acabamos de hablar, es la débil resistencia de la region epigástrica, la cual compara Bamberger, con mucha oportunidad, á la de un almohadon de aire. La elevacion epigástrica desaparece, ó se hace ménos perceptible, despues de arrojar los enfermos por vómitos grandes cantidades de materias. En un caso observado en la clínica de Greifswald, se veia elevarse considerable y muy rápidamente, la parte superior del abdómen hasta por debajo del ombligo, señalándose muy claramente los contornos del estómago, cuando tomaba el enfermo fuertes cantidades de polvos gaseosos secos. Si enseguida de esto arrojaba el enfermo parte del ácido carbónico bajo la forma de eructos, el tumor se deprimia poco á poco. Cuando el estómago está completamente lleno por los alimentos, el *sonido de la percusion* es mate en una extension bastante grande; pero si, como ordinariamente sucede, contiene á la vez el estómago grandes cantidades de gases, el sonido de la percusion es extraordinariamente lleno, y timpánico al nivel del tumor. Cuando cambia el enfermo de posicion, cambian tambien de sitio los límites entre el sonido lleno y el sonido

mate, á causa de que las sustancias sólidas siempre van á ocupar los puntos más declives.

Los síntomas que acabamos de describir, permiten seguramente diagnosticar una estrechez del piloro, pero no nos está permitido referirla á una hipertrofia simple de las paredes del estómago, sino cuando podemos excluir las demás formas de pilorostenosis que son mucho más frecuentes, sobre todo la estrechez cancerosa, y la retraccion cicatricial que muchas veces sucede á la curacion de la úlcera crónica.

El pronóstico del catarro crónico del estómago, resalta de todo lo que hemos dicho sobre la marcha de esta afeccion. Entre las enfermedades consecutivas que con frecuencia ocasionan la muerte, debe tambien contarse la estrechez del piloro, puesto que siempre sucumben los enfermos, aunque por lo comun tarde, á esta complicacion, presentando los síntomas del marasmo y de la hidropesía.

§. IV.—**Tratamiento.**

El catarro crónico del estómago, es quizá, entre todas las afecciones crónicas importantes, la que permite obtener resultados más preciosos por medio de un tratamiento racional.

En el párrafo I hemos dicho que las mismas causas morbíficas dan lugar, segun sea su duracion al catarro agudo ó al catarro crónico del estómago, por lo cual, podemos remitir al capítulo anterior para lo que corresponde á la indicacion causal, y sólo vamos á añadir algunas palabras á lo que entonces dijimos. Es sumamente raro que pueda satisfacerse la indicacion causal por medio de un *vomitivo*, puesto que casi nunca existen en el estómago sustancias nocivas, que puedan considerarse como causas, cuya accion continua, sostiene la enfermedad. Sobre este punto, suele encontrarse á menudo alguna oposicion por parte de los enfermos. Cuesta trabajo convencerles, de que la presion que experimentan no está producida por sustancias que pesen sobre su estómago, y que en

vez de aliviarles el vomitivo, no haria más que agravar el mal. La *indicacion causal* exige imperiosamente la prohibicion de los espirituosos, si el contínuo abuso de las bebidas ha provocado y sostenido la enfermedad. Rara vez se conseguirá convertir al enfermo, pero no se le debe abandonar, sino por el contrario, instarle repetidamente para ello; los defensores de las sociedades de temperancia, que acostumbran á demostrar en el estómago de los bebedores las terribles consecuencias del abuso de las bebidas alcohólicas, ordinariamente predican en desierto; sin embargo, no puede negarse que algunas veces consiguen su objeto; estos resultados, aunque raros, deben incitar al médico á persistir en sus amonestaciones. Cuando los catarros crónicos son debidos á repetidos enfriamientos ó á la influencia de un clima frio y húmedo, exige la indicacion causal *excitar la actividad cutánea* por medio de trajes de abrigo, el uso de baños templados y otros medios semejantes. Estos casos no dejan de ser frecuentes, y en algunos parajes, como Greifswald, se encuentran personas que viniendo de un clima más dulce, y descuidando el preservarse de la influencia del clima frio y húmedo, y de los vientos, son con mucha frecuencia atacados del catarro del estómago; pasan el verano bastante bien, y recaen en el invierno, no curándose hasta que por medio de una prescripcion racional, se llena la indicacion causal. Cuando los catarros crónicos son debidos á éxtasis, comunmente es imposible llenar esta indicacion.

Para responder á la indicacion de la enfermedad, son tambien aquí muy importantes las prescripciones dietéticas. No es posible tener sometidos los enfermos á dieta, durante toda la duracion de su larga enfermedad; pero deben escogerse con gran cuidado los alimentos que han de tomar, y prohibir severamente que tomen ningun otro. El médico será obedecido con tanta más facilidad, cuanto más precisas sean sus prescripciones, y con mayor razon, cuando al régimen prescrito se le da el nombre de cura; entonces casi siempre la observan los enfermos con escrupulosa exactitud. Como quiera que el uso

de la carne y demás sustancias animales, son las que principalmente excitan la actividad del estómago, podria creerse que seria mejor someter á un régimen exclusivamente vegetal, los enfermos atacados de catarro crónico del estómago, y cuyo jugo gástrico ha perdido su fuerza digestiva; sin embargo, la experiencia nos enseña lo contrario. La facultad que el jugo gástrico tiene de trasformar las sustancias protéicas en peptona (Lehmann), ó albuminosa (Mialhe), está seguramente disminuida, pero no abolida del todo; cuando se concede á los enfermos estas sustancias, escogiéndolas bien y dándolas bajo una forma conveniente, se encuentra mejor el enfermo que cuando toma muchas sustancias amilaceas, las cuales determinan en el estómago la formacion de una gran cantidad de ácido láctico y butírico. Segun lo que anteriormente hemos dicho, se supone que ha de prohibirse el uso de las carnes grasas, de las salsas, y que el enfermo debe masticar bien sus alimentos y tomarlos en pequeñas porciones de cada vez. Algunos se encuentran muy bien cuando no toman más que caldos concentrados sin espumar, y otros cuando no comen más que carne asada fiambre, y un poco de pan. Se aconseja principalmente esta última prescripcion en los enfermos que padecen de una excesiva formacion de ácidos, y suele prescribirse con ventaja en los casos muy rebeldes de este género, en vez del asado fiambre, la carne salada ó curada al humo. Si se cita como fenómeno curioso que ciertos enfermos soportan mejor la carne en este estado que bajo ninguna otra forma, es porque se olvida que la carne ahumada ó salada, aunque más difícil de digerir, es preferible á la carne fresca, á causa de que no se descompone con tanta facilidad En un caso tratado por mí, conocia el enfermo perfectamente bien, la época en que debia abandonar todos los demás alimentos, á causa de que aumentaban los agrios, y limitarse al uso del jamon crudo y magro, un poco de bizcocho y una pequeña cantidad de vino de Hungría. El uso exclusivo de la leche, por otro nombre la *cura de leche*, prueba perfectamente á ciertos enfermos, mientras que otros no lo soportan bien,

siendo imposible decir siempre de antemano, si podrá ó no probar este régimen. Muchos enfermos soportan mejor la manteca de la leche, que esta misma fresca. He visto admirables resultados en la clínica de Krukenberg, el cual prescribia á estos enfermos «comer manteca cuando tuvieran hambre, y beber manteca cuando tuvieran sed.» Quizás sea ménos soportada la leche fresca, á causa de que al coagularse en el estómago forma grandes masas duras, mientras que en la manteca, la caseina coagulada ya se encuentra en un estado de division muy grande.

En el tratamiento del catarro crónico del estómago, no bastan por sí solas las prescriciones dietéticas con tanta frecuencia como en el catarro agudo; pero precisamente contra esta primera forma poseemos los remedios más activos. Citaremos entre ellos, ante todo, los *carbonatos alcalinos*; ya hemos recomendado contra el catarro agudo, cuando se prolonga, el bicarbonato de sosa á dósis refractas, y la tintura acuosa de ruibarbo. En los catarros crónicos algo rebeldes, el soda water ó las aguas acídulas naturales de base de sosa, como las de Ems, Salzbrunn, Selters y Bilin, así como tambien las que á la vez que carbonato de sosa contienen muchos sulfatos alcalinos y térreos, ó cloruro de sodio, merecen una extensa aplicacion. Los éxitos más brillantes deben atribuirse á las curas de agua mineral de Karlsbad y de Marienbad. La mejor recomendacion para estas aguas, es decir que están preconizadas por autoridades, las cuales no puede creerse se hagan fácilmente ilusiones respecto á los resultados terapéuticos; tales son los corifeos de la escuela de Viena y de Praga, los cuales aconsejan el uso de las aguas de Karlsbad, como el remedio mejor contra el catarro crónico, y hasta contra la úlcera crónica del estómago. Agréguese á esto, que en los muchos casos en que á beneficio de las aguas minerales de Karlsbad se ha curado una rebelde ictericia, es porque casi siempre la causa de ella era un catarro gastro-duodenal. No hay razon ninguna para esperar por la prescripcion de este tratamiento, que el catarro del estó-

mago y del duodeno, hayan dado lugar á la ictericia, ó admitir que dicha cura sea ménos eficaz, cuando falta esta complicacion. Cuando lo permite el estado de fortuna del enfermo, deberá ir á curarse á Karlsbad ó al mismo Marienbad; circulan en estos puntos cuentos tan terribles respecto á las perniciosas consecuencias de los excesos, que seguramente observarán mejor allí el régimen exigido por el catarro crónico del estómago. Aun despues de volver los enfermos á su casa, se someten por espacio de meses enteros, y sin ninguna resistencia, á prescripciones más severas, temiendo que aun todavía pueda el agua mineral vengarse de la menor falta de régimen. Cuando hay necesidad de entablar la cura á domicilio, es casi indiferente la eleccion de los varios manantiales de Karlsbad, puesto que no se distinguen entre sí más que por su temperatura más ó ménos elevada, la cual es fácil dársela en casa. En el mismo Karlsbad, por lo comun se prescriben contra el catarro crónico del estómago, las aguas ménos calientes. Si al mismo tiempo no existe una tenaz constipacion, se obtiene muchas veces el mismo resultado con la soda-water, á condicion de que el enfermo siga una cura regular, es decir, que observe el régimen usado en Karlsbad, y sobre todo que no coma mucho ni demasiado tarde por la noche, tomando el soda-water por la mañana en ayunas, no almorzando el enfermo hasta una hora despues de beber el último vaso, para que el medicamento no se mezcle con los alimentos, sino que obre sin diluirse sobre la mucosa gástrica y las mucosidades que la recubren. Este procedimiento proporciona los más brillantes éxitos, que en la medicina puede esperarse.

Gozan tambien de una gran reputacion en el tratamiento de esta enfermedad, el *subnitrato de bismuto* y el *nitrato de plata*. Estas sales metálicas, y sobre todo la última, ejercen tal vez una accion favorable sobre la marcha de la enfermedad, tanto suspendiendo las descomposiciones en el estómago, como obrando sobre la mucosa hiperemiada y relajada, á la manera de un poderoso astringente. En mi clínica he prescri-

to estos medicamentos á dosis elevadas, el subnitrato de bismuto á la de 50 centígramos, y el nitrato de plata á la de 5 ó 10 centígramos de una vez, administrándolos de la misma manera que los carbonatos alcalinos, es decir, por la mañana en ayunas. La mayor parte de los enfermos soportarán perfectamente bien esta dósis; jamás se han presentado dolores violentos, náuseas ni vómitos, y sólo en algunos casos raros ha habido diarrea, pero el resultado era muy variable; en unos casos se notó un alivio sumamente rápido, mientras que en otros no hubo ninguna modificacion, sin que pueda decir en qué se distinguian estos diferentes casos entre sí.

En el curso del catarro crónico del estómago, se presenta algunas veces un estado durante el cual no puede continuarse con una alimentacion no estimulante; en estas circunstancias, son mejor soportados los alimentos salados y unidos con algunas especias. Cuando se haya presentado un estado semejante, «atonía de la mucosa gástrica,» que muchas veces no puede reconocerse sino por *cæjubantibus et nocentibus*, debe pasarse con precaucion á los preparados de hierro y los estimulantes ligeros: entonces son mejor soportadas las aguas ferruginosas propiamente dichas, y dan mejores resultados que las de Karlsbad y Marienbad. Aconseja Budd para los estados de que nos ocupamos, como el estimulante más conveniente de la mucosa gástrica, la ipecacuana, á la dósis de 3 á 5 centígramos, unida con 15 ó 20 centígramos de ruibarbo, con lo cual se hace una píldora, que debe tomarse poco antes de comer. Tambien puede darse con ventaja en estos casos la tintura vinosa de ruibarbo, el elixir visceral de Hoffmann, la cuasia, el jengibre; pero debemos guardarnos de abusar de estos remedios y de emplearlos en casos que no se presten á ello, ó administrarlo en dósis muy elevada.

La *indicacion sintomática*, sólo muy rara vez exige la *aplicacion de sanguijuelas ó ventosas* á la region epigástrica. No debe empleárseles más que cuando por excepcion ofrece el epigastrio una gran sensibilidad. Los dolores, en efecto, casi siem-

pre se disminuyen por estas sangrías, sin que podamos darnos cuenta de esta favorable accion.—En los casos en que la hiperemia y el catarro del estómago, dependen de una considerable plétora abdominal, debida á la compresion de la vena porta ó á un obstáculo cualquiera que se opone al paso de la sangre de las venas hepáticas, ejercen muchas veces un efecto maravilloso, una *aplicacion de sanguijuelas al ano*, produciendo una depleccion en el sistema de la vena porta.—Es raro que en el catarro crónico simple del estómago, haya que recurrir á los *narcóticos*, los cuales son indispensables en el tratamiento de la úlcera del estómago. Las mismas circunstancias en que hemos prescrito los vomitivos, para llenar la indicacion sintomática en el catarro agudo del estómago, pueden tambien presentarse en el crónico y exigir el mismo tratamiento; sin embargo, en esta afeccion deben tambien ser mayores las precauciones que en la primera, puesto que no puede saberse si existen ya úlceras.—La constipacion casi constante debe combatirse por medio de enemas ó laxantes suaves. Los remedios más usados en tales casos, son el ruibarbo, el áloes, y en los casos rebeldes la coloquíntida. Por lo comun se combinan muchos de estos medicamentos; la preparacion oficinal tan comun que se conoce bajo el nombre de extracto de ruibarbo compuesto, es una mezcla de áloes, ruibarbo y jabon de jalapa. Budd sostiene que el áloes y la coloquíntida obran principalmente sobre el intestino grueso y afectan poco al estómago, siendo por consiguiente los mejores purgantes en el catarro crónico de este órgano; por el contrario, previene contra el sen y el aceite de ricino, los cuales cree peligrosos.

CAPÍTULO III.

INFLAMACION CROUPAL Y DIFTÉRICA DE LA MUCOSA DEL ESTÓMAGO.

Las inflamaciones croupales y diftéricas son muy raras en

la mucosa gástrica, fuera de los casos en que ha sufrido la accion de sustancias tóxicas (véase el capítulo V). Algunas veces se ve en los niños de pecho elevarse hasta la forma croupal la inflamacion catarral, y en otros casos pertenecen las gastritis croupal y diftérica á la categoría de inflamaciones secundarias, que se observan en las enfermedades infectivas agudas, sobre todo en el tífus, la septicemia y la viruela.

Rara vez cubren las membranas croupales extensas porciones de la mucosa gástrica; por lo comun no forman más que pequeños focos circunscritos. Las escaras diftéricas tampoco se presentan más que por grupos á manera de islas, y cuando se desprenden, dejan pérdidas de sustancia de fondo grisáceo y tomentoso.

Durante la vida no puede reconocerse la enfermedad, á ménos que se arrojen por vómitos las pseudo-membranas; los sufrimientos que en los niños provoca esta enfermedad, nunca pueden referirse á su verdadera causa, y son á la vez tan poco modificados los graves síntomas de la septicemia, el tífus, etc., por la gastritis croupal ó diftérica intercurrente, que tambien en estos casos es imposible diagnosticarla.

CAPÍTULO IV.

INFLAMACION DEL TEJIDO CONJUNTIVO SUBMUCOSO.—GASTRITIS FLEGMONOSA.

La inflamacion del tejido conjuntivo submucoso del estómago, la cual compara Rokistansky con la erisipela flegmonosa, es tambien una afeccion rara. O bien se presenta como una enfermedad primitiva sin causa conocida, y en individuos hasta entonces sanos, ó representa, como la forma anterior, una inflamacion secundaria ó metastática, y como tal se presenta complicando el tifus, la septicemia y otras enfermedades semejantes.

El tejido submucoso del estómago, es asiento de una infiltra-

cion difusa de pus, el cual se acumula en las vastas mallas de éste tejido; mas rara vez se observa en él abscesos circunscritos. La mucosa que está despegada se encuentra adelgazada, y presenta más tarde numerosos agujeritos, á través de los cuales pasa el pus como por un tamiz. Desde luego se propaga la inflamacion á la capa muscular, al tejido subseroso y al peritoneo. Cuando la enfermedad cura, puede formarse tejido cicatricial en los espacios areolares de la capa submucosa, lo cual produce algunas veces estrecheces, como lo prueban algunas piezas del museo de Erlangen.

Los síntomas más importantes de esta afeccion, son dolores violentos en el epigastrio, vómitos, una gran ansiedad y fiebre violenta; más tarde se agregan los síntomas de la peritonitis, cae el enfermo en un estado de aplanamiento, y muere por lo comun á los pocos dias. Estos síntomas, como tampoco la existencia de pus en las materias vomitadas, no nos permite establecer un diagnóstico positivo, sino en los pocos casos en que podemos excluir las demás formas de inflamacion gástrica, sobre todo la forma tóxica.—El tratamiento no puede ser más que sintomático.

CAPÍTULO V.

INFLAMACIONES Y DEMÁS MODIFICACIONES QUE SUFRE EL ESTÓMAGO POR LA ACCION DE LOS CÁUSTICOS Y VENENOS.

§. I.—Patogenia y etiología.

Las modificaciones que el estómago sufre por la accion de los ácidos concentrados, las bases cáusticas y ciertas sales metálicas, son debidas á que estas sustancias entran en combinacion química con los tejidos de la pared del estómago, lo cual ocasiona la desorganizacion de ésta. Sucede todo lo contrario respecto á las modificaciones que en la mucosa producen los

venenos vegetales ó animales, los cuales no pueden atribuirse á procesos químicos.

En los envenenamientos accidentales se encuentran por lo comun en el estómago, sales de cobre ácido sulfúrico ó venenos vegetales; los envenenamientos voluntarios suelen cometerse con más frecuencia, con el arsénico ó el ácido sulfúrico.

§. II. **Anatomía patológica.**

Cuando sobre la membrana mucosa han obrado *ácidos minerales* poco concentrados, sólo la capa epitelial y las túnicas superficiales de la mucosa, se hallan trasformadas en una escara blanda, parduzca ó negra. Cuando han llegado al estómago grandes cantidades de ácidos concentrados, todas las capas de la mucosa están trasformadas en una masa negra y friable, que puede tener hasta un centímetro de grosor, á causa de su imbibicion por un líquido sero-sanguinolento. La capa muscular está reblandecida ó semejante á una gelatina, desgarrándose con facilidad; mas rara vez se ve sobrevenir la completa fusion de esta capa, lo mismo que de la serosa, y producirse de este modo una perforacion. Las modificaciones que acabamos de describir, ordinariamente se limitan á algunos pliegues de la mucosa que se extiende desde el cardias hácia el piloro, mientras que las partes inmediatas están encendidas por la hiperemia y la extravasacion sanguínea, é hinchadas por la infiltracion serosa; la sangre encerrada en los vasos de la pared gástrica, y muchas veces hasta la de los grandes troncos vasculares inmediatos, está trasformada en una masa negra pegajosa y parecida á la pez.—La curacion no es posible sino en los casos ligeros, en cuyas circunstancias se eliminan las partes desorganizadas, reemplazando á la pérdida de sustancia un tejido cicatricial calloso.

Las *bases cáusticas* trasforman la capa epitelial y las capas superficiales ó profundas de la mucosa, en una papilla grisácea. La destruccion se extiende con frecuencia á la membrana

musculosa y serosa, que cuando obran los ácidos, dando de este modo origen á la perforacion. Cuando la desorganizacion sólo es superficial, puede tambien verificarse la curacion, despues de la eliminacion de las partes mortificadas.

El *sublimado*, *las sales de cobre*, y otras *sales metálicas*, dan lugar á escaras morenas ó negras, rodeadas de una viva inyeccion y una hinchazon serosa de la mucosa. Iguales modificaciones produce el *fósforo*.

Cuando por un envenenamiento por el arsénico se desarrolla una gastritis, se encuentran uno ó varios sitios de la mucosa cubiertos por una sustancia pulverulenta y blanquecina, hinchados, rojos y trasformados en papilla ó en una escara amarillenta oscura verdosa. Las escaras son el punto de partida de unos pliegues rojizos de la mucosa, entre los cuales muchas veces no presenta la pared estomáquica, ninguna modificacion.

Despues de la ingestion de *aceites esenciales* ó venenos acres, vegetales y animales, se encuentran en el estómago signos de considerables inflamaciones de naturaleza catarral, croupal ó diftérica.

§. III.—Síntomas y marcha.

El cuadro que ofrece la gastritis tóxica, está especialmente caracterizado por el hecho de que los síntomas locales se complican rápidamente, de una depresion general, y sobre todo de una suspension casi completa de la circulacion, hasta en aquellos casos en que los venenos introducidos en el estómago, no ejercen accion paralizante directa sobre el sistema nervioso. Tambien se observan estos síntomas de paralisis, en otras lesiones graves del estómago ó de otros órganos abdominales, pero especialmente en la perforacion de aquel, á consecuencia de una úlcera.

Cuando un hombre hasta entonces sano es súbitamente acometido de dolores violentos, que desde el epigastrio se ex-

tienden al bajo vientre, si á esto se unen vómitos por los cuales se arrojan masas mucosas ó moco sanguinolentas, se presenta la diarrea precedida de cólicos violentos y de tenesmo, y está al mismo tiempo el enfermo abatido, con la cara desfigurada, las extremidades frias, el pulso pequeño, y cubierta la piel de un sudor frio y viscoso, es casi seguro que alguna sustancia corrosiva ú otro veneno ha obrado sobre la mucosa gástrica. Cuando se han introducido *ácidos concentrados* ó bases cáusticas, casi siempre se encuentran escaras características cerca de la boca; la misma mucosa bucal está en ciertos puntos destruida, existen á la vez dolores violentos en la boca y faringe, siendo muy penosa ó imposible la deglucion. Despues de la introduccion de sales metálicas ó de arsénico, faltan los signos de corrosion en la boca y la garganta, cuando estas sustancias se han tomado bajo una forma diluida, no presentándose inmediatamente los síntomas de gastritis, sino solamente algun tiempo despues de la ingestion del veneno. Los fenómenos observados en diferentes órganos, pero sobre todo el exámen de las materias vomitadas, nos dan nuevas luces sobre la naturaleza del veneno. En los casos más graves existen vomituraciones, pero el estómago paralizado no es capaz de vaciar su contenido; un frio glacial se reparte por el cuerpo, se presenta la paralisis general, y puede morir el enfermo al cabo de algunas horas. En los casos ménos graves, no se presenta la muerte sino más tarde, pudiendo hasta desaparecer poco á poco los síntomas de paralisis y restablecerse la circulacion, cuando por medio del vómito se ha arrojado gran parte del veneno; pero la convalecencia siempre es muy lenta, y muchas veces queda el enfermo durante toda su vida en un estado de languidez, bien porque se formen estrecheces en el estómago ó el esófago, ó bien porque los venenos absorbidos destruyan la constitucion por sus efectos indirectos.

§. IV.—**Tratamiento.**

Sólo en los casos recientes, es decir, una ó algunas horas

despues de la introduccion de los ácidos, las bases caústicas ó las sales metálicas, deben emplearse los contravenenos indicados por la toxicologia. Si estas sustancias venenosas son arrojadas por el vómito, ó si han entrado ya en combinacion con los elementos de la mucosa gástrica, ya no pueden ser útiles los contravenenos; por el contrario, hasta ejercen una influencia muy perniciosa, á causa de que irritan de nuevo la membrana ya muy inflamada. No sucede lo mismo con el arsénico y los venenos acres, *vegetales* ó *animales*, contra los cuales pueden usarse los contravenenos mucho despues de su ingestion, á causa de que su actividad persiste por más tiempo. Cuando no hay vómitos, ó no son bastante enérgicos para arrojar del estómago los venenos, se prescribirá un vomitivo compuesto de ipecacuana. Fuera de estas medidas, que responden á la indicacion causal, el frio puede emplearse para llenar la indicacion de la enfermedad, mientras que la sangría produce poco ó ningun efecto. Se cubrirá el abdómen de compresas frias, renovándolas á menudo, y se dará al interior pequeñas cantidades de agua helada, cuando todavía es posible deglutirla. En cuanto al resto del tratamiento, remitimos á los tratados de toxicologia.

CAPITULO VI.

ÚLCERA CRÓNICA DEL ESTÓMAGO (ÚLCERA REDONDA Ó PERFORANTE).

—

§. I.—**Patogenia y etiologia.**

La úlcera perforante del estómago, es probable se desarrolle siempre de una manera aguda, y parece que hasta su extension es debida á un trabajo de destruccion de marcha aguda, que se verifica desde su periferie á su centro. Sin embargo, como la úlcera en cuestion comunmente aqueja al enfermo por espacio de años, puede conservarse la denominacion de «úlcera crónica del estómago.»—Los límites bien trazados de la úl-

cera redonda, la ausencia de los signos de inflamacion ó supuracion en su periferie, y la observacion directa en algunos casos muy recientes, á la vez que los resultados de una série de experimentos practicados en los animales, prueban hasta la evidencia, que la destruccion de la pared del estómago, no debe atribuirse á una fusion sucesiva de la misma por un trabajo supurativo, sino á la formacion de una escara ó una necrosis parcial, y la cual depende, en los más de los casos, si no es en todos, de una obliteracion de los vasos que recorren y alimentan las paredes estomacales. La mortificacion de un punto circunscrito de la pared estomacal por la interceptacion del líquido nutricio, es análoga al reblandecimiento necrósico parcial del cerebro, los infartos del pulmon y la gangrena espontánea de los dedos pulgares, que son debidos á una obliteracion vascular. En los experimentos sobre los animales citados más arriba, se ha producido la obliteracion de los vasos del estómago, introduciendo en la corriente sanguínea embolias. Este modo de producirse la úlcera redonda, es raro en el hombre, aunque, sin embargo, existen algunos casos en que han podido observarse positivamente. (Yo mismo he observado un caso, tipo de este género, hace ya algunos años.) En general, la formacion de coágulos obliterantes, se forma en el mismo sitio y parece depender de una enfermedad de la pared vascular. El jugo gástrico determina rápidamente el reblandecimiento y disolucion completa de la parte mortificada, la cual no puede oponer ninguna resistencia; de suerte que es muy rara la ocasion de observar en las autopsias el primer período de este proceso.

La predisposicion á la úlcera crónica del estómago, es muy grande. En los trabajos de Jaksch y otros varios, encontramos datos estadísticos sobre la frecuencia de la úlcera redonda del estómago en general, y sobre su frecuencia segun la edad, sexo, género de vida, etc. Jaksch ha analizado 2.330 autopsias; en este número ha encontrado 57 veces úlceras redondas, y 56 cicatrices de úlceras curadas, lo cual da una úlcera redonda ó

una cicatriz de úlcera casi por cada 20 cadáveres. Willigan y Brinton han obtenido idénticos resultados. En los niños es muy rara esta afeccion, y muy frecuente por el contrario hácia la edad de la pubertad. El sexo femenino está notablemente más predispuesto á ella, que el masculino. Para mí, es indudable que la anemia y la clorosis (véase tomo III), consecuencias tan frecuentes de trastornos sexuales, juegan un papel esencial en el desarrollo de la úlcera redonda; la composicion anormal de la sangre, ocasiona las enfermedades de las paredes vasculares, las cuales á su vez favorecen la formacion de trombosis. En otros casos, parecen ser la causa de la afeccion de las paredes vasculares, y de las trombosis mismas, catarros agudos ó crónicos de la mucosa gástrica.

Las *causas ocasionales* de la úlcera redonda son muy oscuras. Las que ordinariamente se citan son, el uso de bebidas y de alimentos muy frios ó muy calientes, el abuso de los espirituosos y otras faltas de régimen; no podemos decir que estas causas no contribuyan al desarrollo de la enfermedad. Por lo demás, es muy notable que á pesar de la gran frecuencia del catarro crónico en los bebedores, rara vez se encuentra la enfermedad en esta clase de enfermos.

§. II.—Anatomía patológica.

La úlcera en cuestion generalmente no se encuentra más que en el estómago y porcion trasversa del duodeno, y es sumamente raro hallarla en otras porciones del conducto intestinal. Su *sitio* más frecuente es la mitad pilórica del estómago; más á menudo la pared posterior que la anterior, y casi constantemente la corvadura menor ó sus inmediaciones; rara vez se la observa en el fondo mayor.—Por lo comun no existe más que *una* úlcera, algunas veces *dos* ó *muchas*, y frecuentemente una úlcera reciente y cicatrices de otras curadas. En los casos tipos, se encuentra, segun la clásica descripcion de Rokistanky, un agujero circular limpio en la serosa del

estómago, como si se hubiera quitado un pedazo redondo con un sacabocados bien cortante. Vista por el interior la pérdida de sustancia, es mayor en la membrana mucosa que en la muscular, y en esta más grande que en la serosa, de suerte que la úlcera forma desigualdades sucesivas, y representa un embudo aplanado. El *tamaño* de la úlcera suele ser de 7 ó 14 milímetros de diámetro, adquiriendo las úlceras más antiguas la magnitud de un napoleon ó del hueco de la mano. Su *forma* casi siempre es redonda al principio; más adelante se hace la úlcera por lo comun elíptica, ó bien se forman en ella escotaduras que la hacen irregular. Su extension se verifica en un sentido trasversal correspondiente á la direccion de los vasos; de consiguiente, algunas veces forma la úlcera un círculo completo en el interior del estómago.

En muchos casos *se cicatriza la úlcera* antes de perforar todas las cubiertas del estómago. Si la pérdida de sustancia está limitada á la mucosa y tejido submucoso, es reemplazada por granulaciones, las cuales se trasforman en un tejido cicatricial, que por su retraccion aproxima los bordes de la úlcera, y de este modo se forma en la superficie interna del estómago, una cicatriz estrellada de distinta magnitud. Si la úlcera ha penetrado más profundamente y destruido la musculosa, se ve tambien contraerse el peritoneo durante la cicatrizacion bajo la forma de una estrella, á causa de la retraccion cicatricial del tejido conjuntivo reciente; hasta puede ser atraida su cara interna hácia el interior del estómago, donde forma una especie de pliegue. Cuando la úlcera ha sido muy grande, irá seguida su cicatrizacion de una disminucion considerable del diámetro trasversal del estómago, cuya estrechez cicatricial constituirá un obstáculo contínuo al paso de los alimentos, desde el estómago al intestino.

Si la úlcera reside en la corvadura menor, como casi siempre sucede, comunmente está impedida la entrada de los alimentos en la cavidad peritoneal, aun en los casos en que están perforadas todas las membranas de la pared, por circuns-

tancias especiales, ya por un tiempo muy corto ó por siempre. En efecto, mientras que la ulceracion avanza hácia el exterior, se forma una peritonitis parcial en el punto enfermo; la parte correspondiente de la serosa se aglutina con los órganos vecinos, á los cuales se adhiere definitivamente; si más tarde es destruida, estos órganos, que por lo comun son el páncreas, el lóbulo superior izquierdo del hígado, ó el epiplon, y los cuales se adhieren sólidamente á los bordes de la úlcera, cierran la pérdida de sustancia de la pared gástrica. Algunas veces se extiende la fusion molecular, al órgano que se coloca delante de la abertura, sin embargo de que es más cómun se forme en su superficie una capa densa del tejido conjuntivo, que constituye el fondo de la úlcera. Jamás el órgano obturador se encuentra al mismo nivel, que la pared interna del estómago, y no sobresale nunca, por consiguiente, en el interior de este órgano. Por el contrario, despues de la retraccion de la capa musculosa, la mucosa que rodea la úlcera se invierte hácia afuera y se aplica sobre el órgano obturador. Cuando en estos casos se verifica la cicatrizacion, la capa de tejido conjuntivo, situada sobre los órganos que obturan la úlcera, se retrae, se aproximan los bordes de esta última, y si no es muy grande la pérdida de sustancia, terminan por reunirse y formar una cicatriz callosa, sólidamente adherida al órgano subyacente.

Al principío de la ulceracion, y más todavía cuando hace rápidos progresos una úlcera ya existente, los vasos de la pared estomacal ó los del órgano obturador suelen destruirse, y se ven sobrevenir hemorragias considerables en el interior del estómago. Se han observado perforaciones de la arteria coronaria estomáquica, la pilórica, la gastro-epiploica izquierda, la gastro-duodenal ó sus ramificaciones, y de la arteria esplénica; pero por lo comun son perforados los ramos pancreáticos que provienen de la arteria esplénica y de la arteria pancrático-duodenal.

La mucosa gástrica presenta en el resto de su extension, las

modificaciones del catarro crónico descritas en el capítulo anterior. Hay casos en que faltan ó son muy ligeras.

§. III.—Síntomas y marcha.

Algunas veces la úlcera del estómago da lugar á una peritonitis mortal, á causa de la perforacion de todas las membranas y la entrada de las materias alimenticias en la cavidad addominal; otras veces ocasiona una hematemesis abundante, debida á la ulceracion de un grueso tronco vascular, antes de que la enfermedad se haya reconocido ni podido diagnosticarse. Sin embargo, es una exageracion el pretender que en tales casos, los primeros síntomas de la úlcera del estómago, hayan sido los signos de la peritonitis sobreaguda ó la hematemesis. Si se interroga con cuidado al enfermo, se observa que siempre han precedido á la enfermedad algunos trastornos leves en la digestion, y cierta presion en el epigastrio, que se aumentaba despues de comer, sintiéndose molestados los enfermos por los corsés ó cinturones algo apretados al rededor de la cintura. Entre las primeras manifestaciones de estas sensaciones insignificantes, y la terminacion mortal, no media algunas veces más que un intervalo de algunos dias ó algunas semanas, de suerte, que está fuera de duda que todas las membranas del estómago pueden perforarse, en este corto espacio de tiempo (1). Parece tambien que las perforaciones con derrame de alimentos en la cavidad peritoneal, se verifican por lo comun en los casos que se presentan de una manera insidiosa, y siguen una marcha muy rápida, y que por el contrario, cuando la enfermedad se manifiesta por síntomas muy vio-

---

(1) He tenido una triste ocasion de convencerme de la marcha rápida de la úlcera perforante. En Magdebourg he visto morir de esta afeccion al doctor Brunnemann, médico jóven y muy distinguido. No dudaba un instante del diagnóstico cuando se verificó la perforacion, y nos aseguró de la manera más terminante, que no habia sentido por espacio de más de ocho dias algunas molestias insignificantes, que le parecian signos de un catarro ligero del estómago.

(*Nota del autor.*)

lentos y patognomónicos, y dura por espacio de meses y aun de años, tiene el estómago tiempo para contraer adherencias con los órganos vecinos, las cuales previenen la penetracion de los alimentos en la cavidad peritoneal.

Debo aquí recordar que las infiltraciones caseosas del pulmon, que siguen algunas veces una marcha muy rápida, conducen con mucha más frecuencia á la perforacion de la pleura y al pneumotorax, que la tuberculosis miliar de marcha lenta, en donde casi siempre se observan adherencias íntimas entre las hojas pleuríticas, cuando la fusion de los tejidos llega hasta la pleura.

Sin embargo, los casos en que son tan insignificantes los síntomas, que es imposible diagnosticar con seguridad la úlcera del estómago, ó aquellos en que son tan poco molestados los enfermos, que no llaman al médico hasta que se produce la perforacion ó la hematemesis, son raros, en comparacion con aquellos en que puede reconocerse la enfermedad muy fácilmente, y da lugar á síntomas muy dolorosos. Entre los síntomas más frecuentes y molestos de la úlcera perforante, deben contarse los *dolores en la region del estómago*. Se quejan los enfermos, bien de una sensacion dolorosa y permanente en el epigastrio, que se exaspera por la presion, y que comunmente es mucho más intensa en un punto circunscrito, ó bien de accesos de dolores vivos, que principian en el epigastrio, se irradian hácia el dorso, y ordinariamente son tomados por abscesos de cardialgia. Algunas veces es tan considerable la sensibilidad del epigastrio á la presion, que apenas pueden los enfermos soportar el peso de una colcha ligera; esto es lo que principalmente sucede cuando la úlcera se extiende de un modo agudo en superficie y en profundidad, á causa de que la membrana serosa sufre en los puntos correspondientes una nueva peritonitis. — Los accesos cardiálgicos, ordinariamente se presentan poco despues de las comidas, y su violencia es tanto mayor, cuanto más sólidos y ménos divididos hayan sido los alimentos. Se quejan y lloran los enfermos, se retuercen,

y muchas veces no encuentran alivio hasta que el estómago se vacia por medio de vómitos; cuando no pueden vomitar, se continúan los accesos por espacio de horas algunas veces. Se puede hasta cierto punto reconocer el sitio donde reside la úlcera, por el tiempo que media entre las comidas y el acceso. Si este sigue inmediatamente á aquellas, puede admitirse que la úlcera se encuentra próxima al cardias; cuando se presenta una ó dos horas despues de introducir los alimentos, es probable que resida en la region pilórica.—Hemos dicho que los accesos de dolores se presentan, en general, despues de la comida, y son tanto más violentos, cuanto más difíciles de digerir son las sustancias ingeridas, y más áspera sea su superficie; sin embargo, hay algunas excepciones á esta regla, y es importante conocer estos hechos, por lo mismo precisamente que no se les puede explicar. Así es, que algunas veces se ve presentarse los dolores cuando el estómago está vacío, y disminuir cuando se introducen en él alimentos; ó bien no tienen los enfermos dolores cuando toman las sustancias difíciles de digerir, mientras que los alimentos de más fácil digestion ocasionan violentos accesos. Ordinariamente se refiere el dolor á la irritacion que los alimentos revueltos en el estómago, ejercen sobre la superficie ulcerosa, y se explica la ausencia del dolor cuando el estómago está vacío, por la falta de esta irritacion.—Segun otra explicacion distinta, lo que irritaria la úlcera, y ocasionaria estos accesos dolorosos, seria el jugo gástrico ácido, segregado en gran abundancia por la introduccion de los alimentos; las remisiones deberian atribuirse á la presencia de una capa de moco poco irritante, que cubriera á la úlcera cuando el estómago está vacío. Pero si recordamos que puede verificarse la perforacion completa del estómago, sin ir precedida de estos accesos de dolores, y que por otra parte pueden persistir los paroxismos más violentos despues de la curacion de estas úlceras, y por el solo hecho de la adherencia del estómago á los órganos vecinos, parece evidente que la causa esencial, y quizás la única de los accesos cardiálgicos,

es el obstáculo que experimenta el estómago en sus contracciones peristálticas, á causa de la adherencia de sus paredes con los órganos vecinos, ó á consecuencia de su retraccion cicatricial. Cuanto más groseros y ásperos sean los alimentos, más enérgicos y persistentes serán los movimientos del estómago. De aquí la mucha violencia y gran duracion de los dolores despues de comer pan, patatas, etc., y el bienestar relativo de los enfermos, cuando toman sopas, leche y otros alimentos líquidos y suaves.

Otro síntoma casi tan frecuente como la sensibilidad del epigastrio y los accesos cardiálgicos, es el *vómito* periódico. Ordinariamente se presenta bajo la influencia de las mismas causas que dan lugar á los accesos del dolor, y muchas veces, podria decirse, que hace terminar á estos. Tambien el vómito se presenta más ó ménos tiempo despues de la comida, segun que la úlcera existe cerca del cardias ó del piloro. Cuanto más cerca se encuentre de las aberturas del estómago, tanto más constante es el vómito. Henoch hace notar, que otros órganos huecos se conducen de la misma manera, es decir, que en ellos se provocan los movimientos reflejos con mucha más facilidad, cuando las enfermedades residen cerca de sus aberturas; recuerda tambien, que los violentos espasmos de la vejiga, se observan principalmente en las inflamaciones del cuello, y que el tenesmo, dependiente de las afecciones del intestino grueso, es tanto más violento cuanto más cerca reside del ano. Por lo comun, vomitan los enfermos los alimentos más ó ménos modificados, y mezclados con mucosidades y un líquido ácido. La naturaleza de las sustancias vomitadas, en las cuales se encuentran con frecuencia parásitos, depende principalmente de la intensidad y extension del catarro concomitante del estómago. En ciertos casos, sólo arroja el enfermo grandes cantidades de mucosidades y líquidos ágrios, mientras que los alimentos quedan en el estómago.

Las cardialgias violentas y los vómitos que constantemente se presentan despues de la comida, nos permiten siempre diag-

nosticar con gran probabilidad una úlcera crónica del estómago; el diagnóstico es completamente seguro, cuando á estos síntomas se une la *hematemesis*. Esta puede provenir de diferentes causas: unas veces depende de una hemorragia capilar producida de la extension de la ulceracion; más á menudo es debida á la perforacion de vasos más gruesos, cuya forma principalmente es la patognomónica de la úlcera redonda. En el capítulo VIII estudiaremos detalladamente las hemorragias del estómago.

Los *síntomas del catarro crónico, que acompañan á la úlcera del estomago*, se unen en general á los síntomas característicos de esta, aunque, sin embargo, son unas veces muy pronunciados y otras casi insensibles, segun el grado más ó ménos elevado, y la mayor ó menor extension del catarro. Algunos enfermos presentan un enorme abombamiento del epigastrio, eructos frecuentes y acideces violentas, pierden completamente el apetito, mientras que otros se conservan bastante bien en el intervalo de los dolores, y apenas se disminuyen las ganas de comer.

Los *síntomas del catarro bucal*, que tambien complica á la úlcera del estómago, no se parecen por completo á los del catarro crónico ordinario de la boca. Las células epiteliales parecen disolverse por la accion de los líquidos ácidos que llegan hasta la boca, y ser desprendidas por el vómito; por lo ménos encontramos, que en vez de estar la lengua muy cargada, lo cual rara vez falta en el catarro crónico simple del estómago, está por lo comun roja y resquebrajada, cuyo estado casi siempre es acompañado de un aumento de la sed. En fin, se encuentra, como casi en todos los casos de catarro crónico gástrico, una *constipacion habitual*.

En cuanto al *estado general*, algunas veces se ve deteriorarse desde muy pronto la constitucion del enfermo, bajo la influencia de la úlcera crónica del estómago, se debilita rápidamente, enflaquece y adquiere un tinte pálido y caquético. En otros casos, casi no se altera la nutricion. Esta diferencia de-

pende tambien evidentemente, del grado y extension del catarro gástrico concomitante.

La *marcha de la enfermedad*, comunmente es muy lenta, si se exceptúan los casos antes citados, en que la úlcera redonda conduce á la muerte en el espacio de algunos dias ó algunas semanas. Puede la enfermedad durar años enteros, y en este tiempo presenta por lo comun oscilaciones muy variables; unas veces se conserva el enfermo bastante bien, para volver á caer en seguida, y á veces sin causa conocida, en los tormentos más atroces. Frecuentemente se ve sobrevenir de pronto una hematemesis, cuando el enfermo parecia estar completamente curado ó convaleciente, ó bien reaparecen los síntomas con su antigua violencia, despues de haber faltado algunos años.

Entre las *terminaciones* de la úlcera crónica del estómago, la más frecuente es la *curacion*. En este caso desaparecen lentamente los síntomas morbosos, se restablece por completo la nutricion, y cuando más tarde mueren los indivíduos por cualquiera otra enfermedad, se encuentra como residuo de la úlcera, la cicatriz característica.

No es raro que esta enfermedad termine por *curacion incompleta*. Se ve, á la verdad, desaparecer los signos del catarro crónico del estómago, muchas veces hasta los vómitos periódicos, y puede aparentar el enfermo hasta una completa salud; pero las comidas son seguidas de cardialgias, que algunas veces son más violentas que en lo más fuerte de la enfermedad. En estos casos se ha cicatrizado la úlcera, y ha recobrado la mucosa gástrica su estado normal, pero queda una cicatriz que estorba los movimientos del estómago en un punto determinado, ó más á menudo todavía una adherencia entre el estómago y los órganos vecinos, la cual determina una tirantez de la pared gástrica durante los movimientos de este órgano, y es la causa de la persistencia de los accesos cardiálgicos.

En otros casos se termina la úlcera del estómago por la muerte, cuya terminacion puede ser debida:

1.° A *la perforacion de la pared del estómago* y á *la entrada*

de su contenido en la cavidad peritoneal. Algunas veces muere el enfermo en estos casos, antes de que se haya declarado la peritonitis, ó antes de que haya adquirido un grado bastante intenso para que se la pueda atribuir la terminacion fatal. Súbitamente se producen en el abdómen los dolores más atroces, se enfria la piel, se hace pequeño el pulso y se desfigura la fisonomía, y cae el enfermo en un estado de postracion en el cual muere. Si la actividad cardiaca se va debilitando, el sistema arterial está cada vez más vacío, y el acumulo de la sangre en las venas puede dar lugar á una cianosis intensa, pudiendo ser muy parecido el aspecto exterior de estos enfermos, al de los coléricos en el periodo de asfixia. La perforacion parece determina en estos casos, una paralisis del sistema nervioso vegetativo, igual á la que tambien se encuentra despues de otras lesiones graves. Aunque estos casos no son raros, son, sin embargo, ménos frecuentes que aquellos otros en que no sobreviene la muerte al primero ó segundo dia, sino en que á los síntomas que acabamos de describir se unen los de una peritonitis mortal.

2.° Rara vez es producida la muerte por una *hemorragia del estómago.*

Aun en los casos en que los enfermos están completamente exangües y blancos como la cera, y en los cuales cada vez que se intenta levantar la cabeza se siente cierta debilidad y existen angustias, palpitaciones de corazon, vértigos, zumbidos de oidos y otros síntomas precursores de la muerte por hemorragia, queda el enfermo á cubierto muchas veces de nuevos ataques. Sin embargo, cuando la ulceracion perfora un grueso tronco arterial, puede sobrevenir la muerte con mucha rapidez; en un caso en que se perforó el tronco de la arteria esplénica, ví aplanarse súbitamente el enfermo, y morir aun antes de haberse declarado los vómitos de sangre.

3.° Hay casos en que sobreviene la muerte á consecuencia de una *consuncion lenta*, lo cual puede tambien suceder cuando la úlcera se cura, pero dando origen á cierta estrechez por

la contraccion cicatricial. En este último caso, no solamente persisten las cardialgias más violentas, sino que los enfermos arrojan todo cuanto tragan, no hacen ninguna deposicion, se hunde el abdómen, enflaquecen, toman el aspecto de un esqueleto, y mueren, en fin, por inanicion.

§. IV.—Diagnóstico.

Es imposible distinguir la úlcera crónica del estómago, del catarro crónico simple, cuando aquella recorre todos sus períodos sin presentar ningun síntoma patognomónico; sin embargo, en la mayor parte de los casos no ofrece ninguna dificultad el diagnóstico, entre estas dos enfermedades. Una gran sensibilidad del epigastrio en un punto circunscrito, violentos accesos de cardialgia, vómitos frecuentes, sobre todo hematemesis abundantes, son síntomas que nos permiten excluir con seguridad el catarro crónico simple del estómago. Tambien el aspecto de la lengua es un signo mucho ménos seguro, es cierto, que los anteriores; en la úlcera redonda comunmente está roja y su superficie está lisa, y en el catarro simple está casi siempre cargada.—Puede ser difícil distinguir la úlcera del estómago de una pilorostenosis debida á una hipertrofia de las membranas del estómago. La poca violencia de los accesos cardiálgicos, que no está en relacion con la frecuencia del vómito y retorno regular de estos, lo mismo que la existencia de una dilatacion consecutiva del estómago, suministran algunos elementos al diagnóstico, hablando en favor de la estrechez y en contra de la úlcera.

Una cicatriz que perturba los movimientos del estómago y tire de sus paredes, puede diagnosticarse con alguna probabilidad en los casos, que al lado de una considerable violencia, de los accesos cardiálgicos faltan todos los síntomas dispépticos, y tiene el enfermo un aspecto satisfactorio, á pesar de la larga duracion de su enfermedad. Se hace todavia mayor esta probabilidad, cuando esta afeccion ha sido precedida durante

bastante tiempo por los síntomas positivos de una úlcera del estómago y cardialgias violentas.—Debe admitirse la existencia de una estrechez cicatricial, cuando se ve desarrollarse lenta, pero progresivamente, los signos de una estrechez que ha sido precedida, por los síntomas de una úlcera crónica del estómago.

En cuanto á la distincion entre la úlcera crónica, el cáncer del estómago y la cardialgia nerviosa, véanse los capítulos siguientes.

§. V.—Pronóstico

El pronóstico de la úlcera crónica del estómago, debe considerarse en general favorable; esto es lo que se deduce de cuanto hemos dicho de la marcha y terminaciones de esta enfermedad; sin embargo, no debe olvidarse que esta afeccion presenta algunas veces remisiones y exacerbaciones, que en medio de un alivio aparente puede sobrevenir una hemorragia, y que despues de una curacion completa sigue todavía amenazado el enfermo de recidivas.

§ VI.—Tratamiento.

La enfermedad de las paredes vasculares, á la que hemos referido la produccion de la necrosis parcial de la pared del estómago, y su trasformacion en úlceras redondas, rara vez es consecuencia del catarro crónico del estómago. Los bebedores en quienes encontramos los catarros del estómago más rebeldes, rara vez son atacados de úlceras redondas. Como no conocemos otras causas de esta afeccion de las paredes vasculares, no vacilamos en decir que en general no podemos llenar la indicacion causal en el tratamiento de la úlcera crónica del estómago.

La *indicacion de la enfermedad*, exige ante todo *prescripciones dietéticas* rigurosas. El éxito del tratamiento depende principalmente, de su exacta observacion. Es cierto que no po-

demos proteger el punto enfermo de la pared gástrica, contra la accion de influencias nocivas, del mismo modo que protegemos una úlcera de los tegumentos externos. La introduccion de un alimento cualquiera, por suave que sea, da lugar á una hiperemia de la mucosa del estómago, é irrita la herida. Sin embargo, será tanto más fuerte esta irritacion, cuanto más grueso y áspero sea el alimento. De este hecho, establecido por la experimentacion y perfectamente acorde con la observacion á la cabecera del enfermo, se puede fundar la regla de que no se le debe permitir, sino sólo una alimentacion lo más suave posible, y de preferencia bajo la forma líquida. Desde luego se probará si es soportada la *cura de leche*, lo cual por desgracia no sucede en muchos enfermos. Si la leche fresca se convierte en el estómago en masas duras y compactas, se la asociará siempre á un poco de pan blanco, segun la prescribe Budd. Ciertos enfermos á quienes no sienta bien la leche fresca, se encuentran, sin embargo, perfectamente con el uso del suero ó de la leche cuajada; si los enfermos oponen una repugnancia invencible á seguir la dieta lactea, y tampoco son soportados el suero y la leche coagulada, se mandará tomar sopas con caldo, y á las cuales se unirá el extracto de carne de Liebig. Las pequeñas dósis que los enfermos toman de este extracto, tienen, es cierto, un pequeño valor nutritivo, pero constituyen un buen analectivo. El extrato de malta de Trommer, de que ya nos hemos ocupado anteriormente, y que contiene las sustancias del malta en estado de disolucion, debe tambien recomendarse á los enfermos, y como quiera que puedan tomar sin inconveniente, muchas cucharadas al dia, este remedio es una preciosa alimentacion. Conozco algunos enfermos que desde hace años toman diariamente de 30 á 60 gramos de extracto de malta ó de Trommer. Es preciso, sobre todo, prohibir el uso de los guisantes y lentejas, etc., del pan hecho con harina mal cernida, de las patatas asadas, etc., mientras que puede permitirse un puré de estas últimas.

El uso metódico de los *carbonatos alcalinos*, ejerce un efecto verdaderamente sorprendente en la úlcera crónica del estómago. Entre las aguas minerales que contienen carbonatos alcalinos y sales purgantes, deben preferirse las calientes á las frias. Los enfermos á quienes sus medios de fortuna permiten ir á Karlsbad, deben enviarse á este punto. Si oponen á este viaje obstáculos invencibles, se les hará beber en casa el agua de Karlsbad, de Marienbad, etc., recomendando calentar convenientemente el agua antes de tomarla. En algunos individuos en quienes no habian producido ningun efecto estas aguas, he observado una accion muy favorable por el uso de las de Wilbad y otras acratotermas; sin embargo, estoy lejos de creer que el agua de fuente calentada pueda reemplazar á la de Karlsbad, como el profesor Bock quiere hacer creer á los lectores de un diario ilustrado; siento que un hombre tan eminente se ponga á repartir entre el vulgo una ciencia tan superficial, seguramente muy peligrosa, y más de una vez he visto exponerse enfermos al mayor peligro, convencidos como estaban de que la lectura de los artículos de Bock les habia ilustrado lo suficiente para reconocer y tratar ellos mismos sus enfermedades.—El método curativo que se usa en los establecimientos de baños, contiene muchas prescripciones supérfluas y añejas; pero no es oportuno tocar á estos hábitos recibidos, porque podria suceder que se observasen con ménos escrupulosidad las mismas prescripciones racionales, de lo que hasta ahora sucede. Entre estas últimas cuento, ante todo, la órden severa que se da al enfermo de no comer despues de las siete de la noche, y contentarse con una sopa, esperando para almorzar á que pase por lo ménos media hora ó una despues de tomar el último vaso de agua. Es muy importante seguramente que el agua mineral templada encuentre el estómago completamente vacío.

Si contra nuestras esperanzas, el tratamiento hasta aquí indicado es ineficaz, se prescribirá el *nitrato de plata* ó el *subnitrato de bismuto*. El uso de estos remedios, sobre todo del pri-

mero, parece muy racional, á juzgar por la influencia que ejerce sobre las úlceras de la piel y de las mucosas, y en algunos casos se obtiene un resultado muy favorable. Otras veces, por el contrario, no se consigue más que un poco, ó nada. Al hablar del tratamiento del catarro crónico del estómago, nos hemos extendido sobre la manera de tomar estas sustancias y dósis que han de prescribirse.

La *indicacion sintomática*, reclama ante todo el tratamiento de los accesos cardiálgicos. Sólo en algunos casos de úlcera crónica del estómago, puede pasarse sin el empleo de los *narcóticos*. La favorable accion que estos medicamentos ejercen sobre los accesos de dolor, es por lo comun instantánea. Algunos minutos despues de introducir en el estómago, una pequeña dósis de morfina, se observa ya cierto alivio, y á veces la completa desaparicion del dolor. Este hecho experimental parece tambien confirmar la opinion, de que los accesos del dolor son principalmente producidos por tiranteces del estómago. Si dependiesen de la irritacion que sobre la superficie ulcerada ejercen los alimentos y el jugo gástrico ácido, no se comprenderia el efecto de los narcóticos, que segun la expresion de Jaksch, se presenta como por un encanto; pero si dependen de las tiranteces de la pared estomacal, se explican fácilmente sus buenos efectos, puesto que á la vez que obran como anestéticos paralizan tambien los movimientos del estómago. Stokes pretende que la morfina es el único medicamento que merece confianza en el tratamiento de la úlcera crónica del estómago, y cree que todos los demás remedios, cuyos efectos se alaban, no obran sino cuando van asociados á los narcóticos, como ordinariamente sucede con el subnitrato de bismuto. En la mayor parte de los casos, basta emplear dósis muy pequeñas de morfina (4 ó 6 miligramos), y no necesitamos aumentarlas progresivamente. Jaksch ha visto tomar una mujer más de 100 dósis de morfina, iguales entre sí, sin haber faltado nunca el efecto sedante. Debe preferirse la morfina al extracto de beleño ó de belladona, tambien recomendados.—Cuando el epigastrio está

muy sensible á la presion, se llena la indicacion sintomática, aplicando algunas *sanguijuelas ó ventosas escarificadas* á la boca del estómago. Cuando estas últimas han sido ineficaces, se ha visto dar algunas veces buenos resultados á los vegigatorios sostenidos, ó á la *pomada estibiada*, aplicada por algun tiempo.—Se observa algunas veces un síntoma que debe tomarse en mucha consideracion, y son los vómitos muy rebeldes. Tambien en estos casos ejercen una accion favorable los narcóticos, y sobre todo la morfina. Si no detienen los vómitos, se prescribe algunas veces con ventaja pequeñas porciones de agua helada, ó píldoras de hielo, y en ciertos casos en que todo ha sido inútil, se ha obtenido buenos resultados por medio de la creosota (4 gotas en 180 gramos de agua; para tomar á cucharadas), ó de la tintura de yodo (2 ó 3 gotas en agua azucarada).—En fin, las hemorragias y las inflamaciones del peritoneo, sobrevenidas en el curso de la úlcera crónica del estómago, exigen un tratamiento particular; estudiaremos las medidas que han de tomarse contra estas complicaciones en capítulo aparte.

CAPÍTULO VII.

CÁNCER DEL ESTÓMAGO.

§. I.—**Patogenia y etiología.**

Entre todos los órganos internos, el que con más frecuencia sufre el cáncer es el estómago; por lo comun, esta enfermedad se desarrolla en él primitivamente, y más rara vez se une como enfermedad secundaria á degeneraciones cancerosas de otros órganos, ó se propaga desde los vecinos al estómago.

Sus causas son tan oscuras como las de todos los cánceres en general. En algunas familias parece hereditaria la enfermedad: el padre de Napoleon I, su hermana y él mismo, sucumbieron al cáncer del estómago; en cuanto á la influencia que

sobre el desarrollo de esta enfermedad ejercen el sexo, la edad y género de vida, puede decirse que los hombres son atacados más á menudo que las mujeres, que la edad del mayor número de los enfermos se halla comprendida entre 40 y 60 años; antes de los 40 se encuentra rara vez, y antes de los 30 es excepcional; y por último, que ningun estado ni posicion social está exento de ella:—si el cáncer del estómago se encuentra con más frecuencia en los individuos de la clase baja que en las personas acomodadas, es porque los primeros están en mayoría. No está probado todavía que el uso del aguardiente, las afecciones deprimentes del ánimo, la retropulsion de los exantemas y la curacion de las úlceras (J. Frank), puedan ejercer ninguna influencia sobre el desarrollo del cáncer del estómago.

§. II.—Anatomía patológica.

Se observa esta enfermedad, por lo comun, en la region pilórica, mas rara vez en el cardias ó en la corvadura menor, y muy pocas veces en el fondo mayor ó corvadura mayor del estómago. En casi todos los casos presenta tendencias á extenderse en sentido trasversal, de suerte que los cánceres de la corvadura menor se propagan hácia la mayor, y los cánceres del piloro ó del cardias ocasionan fácilmente estrecheces anulares. La estrechez cancerosa del piloro, ordinariamente se limita á la válvula pilórica, mientras que el cáncer del cardias, casi siempre se propaga al esófago, por el cual se extiende más ó ménos hácia arriba.

De todas las formas del cáncer, la más frecuente es el *escirro*, despues el *encefaloides*, y por último, el más raro es el *cáncer alveolar ó gelatiniforme*. Muchas veces se combinan entre sí las diferentes formas cancerosas, sobre todo el escirro y el encefaloides.

El *escirro* casi siempre principia en el tejido submucoso; forma unas veces tubérculos aislados, y otras una tumefaccion difusa, que por su crecimiento desigual presenta un aspecto abo-

llado. Este producto heteromorfo, presenta los caractéres particulares del cáncer duro, esto es, una masa densa de color blanco y de una dureza á veces cartilaginosa.—La mucosa se confunde desde muy pronto con el neoplasma subyacente, más tarde se reblandece y se trasforma en una papilla negruzca, cae, y queda al descubierto la superficie cancerosa. La capa muscular se hipertrofia comunmente en una gran extension, y presenta ese aspecto reticulado que ya anteriormente hemos descrito; en un período más avanzado, puede atrofiarse por la presion del tejido heteromorfo, ó desaparecer en él.—La serosa se engruesa y pone opaca bajo la influencia de una peritonitis parcial, contrae frecuentemente adherencias con los tejidos inmediatos, y se suele cubrir de concreciones, que forman placas duras de color blanco de leche.—Despues de la destruccion de la mucosa, y puesto al descubierto el cáncer, principia á reblandecerse, se forman desde luego pérdidas de sustancia superficiales, que más tarde se extienden en profundidad y producen escavaciones; así es como se desarrolla la úlcera cancerosa de forma irregular y de bordes duros y callosos, semejante á las úlceras cancerosas de los tegumentos externos. En otros casos, se ve elevarse del fondo y bordes de la úlcera escirrosa, masas encefaloideas.

Si el cáncer del estómago se presenta desde el principio, bajo la forma de encefaloides, las nudosidades desarrolladas en el tejido submucoso, y las tumefacciones difusas, son desde su orígen más blandas, se asemejan á la pulpa cerebral, y al cortarlas se puede esprimir en gran abundancia un jugo lactescente, llamado jugo canceroso. El encefaloides se extiende con mucha más rapidez que el escirro, y muy pronto se le ve vegetar sobre la superficie interna del estómago, bajo la forma de excrecencias fungosas blandas, y que dan sangre con facilidad. Este producto heteromorfo, ordinariamente se desorganiza en su centro y se trasforma en una materia negruzca, blanda y filamentosa, mientras que la vegetacion se extiende á la periférie. Si se desprenden las partes mortificadas, queda una úl-

cera infundibuliforme, rodeada de bordes elevados y vueltos hácia fuera, parecidas á las coliflores. Esta ulceracion cancerosa, puede adquirir la extension del ancho de las dos manos, y ser tan considerables las vegetaciones, que esté notablemente estrechada por ellas la cavidad del estómago.

El *cáncer alveolar coloideo ó gelatiniforme*, generalmente es raro; algunas veces se presenta bajo la forma de tumores aislados, y más á menudo bajo la de una degeneracion difusa. Tambien este principia, por lo comun, en el tejido submucoso; pero muy pronto invade todas las membranas del estómago. La pared aumenta muchos milímetros de espesor, pudiendo llegar á tener hasta centímetro y medio; apenas se encuentran en ella señales de su estructura normal; casi en todas partes consiste en una infinidad de pequeñas escavaciones (alvéolos), que encierran un líquido gelatinoso. Por el exámen microscópico se reconocen en este último, las células características del cáncer coloideo. En este caso termina tambien la mucosa por reblandecerse, se vacian los alvéolos y la superficie libre es vellosa y de mal aspecto; sin embargo, es raro que la pérdida de sustancia se extienda á gran profundidad, porque mientras ulcera la superficie, se desarrollan nuevas producciones en el fondo.

Muchas veces *se extiende la degeneracion cancerosa á los órganos vecinos*, sobre todo á los ganglios linfáticos, el páncreas, hígado, colon trasverso y al epiplon. Tambien puede suceder que el reblandecimiento del tejido heteromorfo, se extienda más allá del estómago hasta los órganos citados, y se establezcan de este modo comunicaciones entre el estómago y el intestino; cuando el estómago está unido por adherencias á la pared abdominal anterior, puede perforarse esta última y comunicarse con el exterior. Solo el cáncer alveolar es el que rara vez se propaga á los órganos citados; por el contrario, da muy á menudo lugar á la degeneracion difusa del peritoneo y á derrames hidrópicos en el interior de esta serosa.

Si la fusion del tejido canceroso se extiende hasta el peri-

toneo, antes de haber contraido el estómago adherencias con los órganos vecinos, puede haber *derrame de materias alimenticias en la cavidad peritoneal*, y peritonitis mortal.

El *estómago está por lo comun muy dilatado* si la degeneracion cancerosa da lugar á una considerable estrechez del piloro, y con mayor razon si la presencia de protuberancias duras y flexiones angulosas de la porcion estrechada, añade un nuevo obstáculo á la salida del contenido del estómago. Si por el contrario, reside el cáncer en el cardias, ó está degenerada la pared del estómago en una gran superficie (lo cual no es raro, sobre todo en el cáncer alveolar), *puede estar estrechada la cavidad del estómago.*

En muchas casos el piloro degenerado ocupa su sitio normal, á causa de estar fijado por adherencias; sin embargo, hay numerosas excepciones en que permanece movible, y es arrastrado por su peso á una region más baja del abdómen, á veces casi hasta la sínfisis.

§. III.—Síntomas y marcha.

Hay casos en que es imposible diagnosticar con seguridad el cáncer del estómago, durante la vida. En la práctica de los pobres y en los hospitales, se ven frecuentemente enfermos reducidos al estado de esqueletos, indiferentes á todo lo que les rodea, que no exhalan ninguna queja, y no pueden darnos antecedentes sobre su enfermedad. Su epigastrio no es sensible á la presion, el apetito es débil, pero no son arrojados los alimentos por el vómito; al exámen del vientre, no se percibe ningun tumor. Conviene *saber* que puede existir un cáncer del estómago, sin dar lugar á tales síntomas, y si bien puede pensarse en que tal vez sea él la causa de este considerable marasmo, es, sin embargo, imposible establecer un diagnóstico preciso. Si un enfermo semejante muere, y al practicar la autopsia se encuentra una gran úlcera cancerosa en el estómago, los médicos inexpertos suelen admirarse mucho, y no pue-

den comprender, que no se haya reconocido una lesion tan importante y avanzada.

En otros casos sólo puede reconocerse el cáncer del estómago, con una seguridad aproximada. Trátase de aquellos enfermos de edad avanzada que se quejan de inapetencia, de una sensacion de presion y plenitud en el epigastrio, eructos y otros síntomas dispépticos. Pero al lado de estas molestias, al fin moderadas, se nota que los enfermos pierden rápidamente sus fuerzas, tienen un tinte caquético amarillo súcio, y por último, se presenta un ligero edema al rededor de los maleolos. Si en estos casos pueden excluirse otras enfermedades que explicaran la caquesia y el marasmo, debe sospecharse que exista en este caso, no un catarro crónico, sino una afeccion maligna, como un cáncer del estomago, aun cuando falten los dolores verdaderos, los vómitos y el tumor característico.

En la mayor parte de los casos, el cuadro sintomático que presenta el cáncer del estómago, es mucho más preciso y difícil de desconocer. Al lado de los fenómenos dispépticos y de los síntomas de caquesia y marasmo, existe un dolor bastante vivo en el epigastrio, en el cual aumenta por la presion y se exaspera despues de las comidas, sin adquirir, sin embargo, por lo comun la violencia de los accesos cardiálgicos.

El *vómito* es casi tan frecuente como estos síntomas. No sobreviene sino alguna que otra vez, cuando el cáncer ocupa la corvadura menor; pero cuando este último estrecha el cardias ó el piloro, se presenta el vómito despues de cada comida. En las estrecheces del piloro, el vómito no se presenta hasta algunas horas despues de comer; en las estrecheces del cardias sobreviene inmediatamente despues, y hasta durante la comida. Algunas veces sucede que el vómito, despues de haberse presentado durante mucho tiempo con una gran regularidad, va siendo cada vez más raro, desaparece por completo, y es reemplazado por una especie de regurgitacion. Se explica este fenómeno, cuando la autopsia nos demuestra que la parte estrechada, se ha ensanchado por efecto de la fusion

del tejido canceroso, ó que las paredes del estómago, enormemente dilatadas ó invadidas por la degeneracion difusa, no pueden evidentemente contraerse y prestar así su concurso necesario al acto del vómito.—Las *materias vomitadas*, unas veces se componen de alimentos rodeados de una gruesa capa de mucosidades, y muy poco modificados en el cáncer del cardias, mientras que en el del piloro, comunmente han sufrido una avanzada trasformacion; otras veces, no consisten sino en grandes masas de mucosidades y de un líquido de varios colores y de sabor ácido y amargo. La presencia de los ácidos láctico, butírico y acético en las materias vomitadas, depende de las mismas condiciones que hemos citado, al hablar del catarro del estómago y de la estrechez simple del piloro. Muy á menudo se encuentra el sarcina ventriculi en estos vómitos; por el contrario, sólo muy rara vez se hallan fragmentos del tejido heteromorfo. Explícase este hecho fácilmente: en efecto, casi siempre pierden los elementos del cáncer su forma característica, á causa de la descomposicion.—Durante la fusion del neoplasma, que es muy vascular, fácilmente se desarrollan hemorragias capilares. La sangre vertida en el estómago se modifica prontamente por el contenido ácido del mismo, trasformándose en una masa negruzca y grumosa muy especial. La mezcla de *materias semejantes al poso del café* con las sustancias vomitadas, es, por consiguiente, un síntoma frecuente é importante del cáncer del estómago; sin embargo, se ha exagerado mucho su valor diagnóstico. Es mucho más raro que se abran gruesos vasos por la ulceracion del carcinoma, produciendo de este modo abundantes hematemesis; en los casos dudosos, este síntoma habla más bien en favor de la úlcera crónica (véase capítulo VIII), que del cáncer.

El síntoma más importante del cáncer del estómago, es la aparicion de un tumor en el epigastrio. Conviene saber que puede faltar este síntoma, lo cual, por lo demás, se comprende fácilmente, si nos fijamos en las relaciones de posicion entre las diferentes partes del estómago, el hígado y borde libre de las

costillas. Los cánceres del cardias, nunca dan lugar á un tumor perceptible al tacto, aun cuando adquieran un volúmen enorme; los de la corvadura menor, no pueden sentirse sino cuando se han extendido mucho hácia la mayor. La mayor parte de los tumores perceptibles por la palpacion, tienen su asiento en el piloro, ó al ménos en la region pilórica del estómago, y si se admite casi como una regla el que se presente un tumor en el cáncer del estómago, es porque esta afeccion se observa con más frecuencia en la region pilórica. Las indicaciones de Hyrtl sobre la posicion del estómago, son falsas, sobre todo cuando pretende que la punta del apéndice xifoides corresponde al centro de la pared anterior del estómago, en la posicion espiratoria del diafragma. En la obra clásica de Luschka, que contiene muchas y muy importantes nociones para el práctico, se encuentra, que suponiendo una seccion longitudinal por la mitad del cuerpo humano, dividiria el estómago de tal modo, que cinco sextas partes corresponden al lado izquierdo, y cuando más, una sexta al derecho. Hasta los tumores del estómago que se presentan en el lado izquierdo del epigastrio, tienen su asiento en la parte pilórica cuando la posicion del estómago es normal. Cuando el piloro trasformado en tejido carcinomatoso, desciende por causa de su peso, puede el tumor presentarse cerca del ombligo, por lo comun un poco por encima, y con más frecuencia en el lado derecho que en el izquierdo. Si está situado algo más abajo todavía, casi se le podria confundir con un tumor del ovario. Su volúmen varia desde el tamaño de un huevo de pichon al del puño de la mano. Si es muy grande, da algunas veces lugar á una prominencia visible de la pared del vientre. Su superficie, por lo comun, es desigual y abollada. En muchos casos, es movible el tumor, se le puede dislocar y cambia de posicion, segun que el estómago está vacío ó lleno; en otros casos, cuando existen adherencias, está inmóvil. Tambien varia mucho el grado de sensibilidad del tumor. Algunas veces se observa, en vez de un tumor circunscrito y abollado, una elevacion y

una resistencia uniforme, más ó ménos extensa, del epigastrio. La percusion de los tumores formados por el cáncer del estómago, da casi siempre un sonido, que no es completamente agudo, sino sensiblemente timpánico.

El exámen físico puede dar á conocer en las estrecheces cancerosas del piloro, además del tumor, una *dilatacion del estómago*, cuyos síntomas ya hemos descrito al hablar de la estrechez simple del piloro; por el contrario, si está estrechado el estómago, y como muchas veces sucede, están vacíos los intestinos, forma una prominencia hácia adelante el reborde inferior de las costillas, mientras que el *vientre está hundido*, de suerte que se percibe perfectamente la columna vertebral y las pulsaciones de la aorta.—El cuadro de la enfermedad varia cuando se forman cánceres secundarios en otros órganos, sobre todo en el hígado. Tambien algunas veces se propaga el cáncer desde los gánglios linfáticos del estómago, á los gánglios retro-peritoneales, los del mediastino posterior, y desde estos á los del cuello, de suerte que la presencia de un infarto duro en los gánglios supraclaviculares, que en algunos casos de cáncer del estómago yo he observado, puede tener su importancia para el diagnóstico. Por el contrario, los síntomas del cáncer alveolar, son muchas veces modificados por la formacion de derrames hidrópicos, en la cavidad peritoneal.

La *marcha* del cáncer del estómago está caracterizada, por una intensidad siempre creciente de todos los síntomas; alguna que otra vez se observan períodos en los cuales se halla mejor el enfermo, cesan los dolores y el vómito, y aun se recobra el apetito. Estas remisiones ordinariamente no tienen mucha duracion; muy pronto se exasperan los síntomas de nuevo, desaparece por completo el apetito, las cámaras, por lo comun escasas desde el principio, son muy difíciles, y el enflaquecimiento aumenta rápidamente. Si el neoplasma es un encefaloides, comunmente recorre la enfermedad todos sus períodos en el espacio de algunos meses, mientras que el escirro, y sobre todo el cáncer alveolar, pueden durar uno ó muchos años.

La única *terminacion* del cáncer del estómago, es la muerte. Los casos en que se ha creido poder, segun la marcha clínica de una afeccion gástrica, admitir la curacion de un cáncer, pueden haber sido mal diagnosticados; debe tambien desconfiarse de las observaciones, en las cuales la autopsia hubiera demostrado la existencia de la cicatriz de una úlcera cancerosa; en efecto, si al rededor de la cicatriz se observan masas recientes de tejido canceroso, la enfermedad no ha terminado todavía, y cuando este tejido falta, es imposible distinguir la cicatriz de un cáncer, de la de una úlcera simple. En la mayor parte de los casos, sobreviene la muerte en medio de los síntomas de una consuncion lenta. Como generalmente la fiebre no complica este estado, casi siempre es larga la agonía; se espera la muerte á cada momento, y muchas veces no sobreviene hasta despues de algunos dias. Precisamente en estos casos es en los que la lengua se pone roja, seca y se cubre de placas de muguet. Además de esta complicacion tan penosa, no es raro ver desarrollarse poco antes de la muerte un edema renitente y doloroso en una ú otra pierna. Depende este síntoma de la obliteracion de la vena crural correspondiente, é indica que la lentitud de la circulacion ha dado lugar á una coagulacion en su interior.—Es mucho ménos frecuente que sucumba el enfermo á una peritonitis sobreaguda, debida á una perforacion del estómago. Todavía es mucho más raro que *hemorragias* abundantes del estómago aceleren la estenuacion ó produzcan una muerte súbita.—En fin, puede ser determinada la muerte, ó por lo ménos acelerada, por *complicaciones* ó afecciones secundarias.

§. IV.—Diagnóstico

Cuando el epigastrio está sensible, hay vómitos frecuentes, y de vez en cuando salen mezcladas con las sustancias vomitadas, materias parecidas al poso del café, ó se percibe un tumor en el epigastrio, es muy fácil distinguir el cáncer del estóma-

go del *catarro crónico* del mismo. Pero si faltan estos síntomas, y sobre todo si no se percibe el tumor, el cual para Andral es el único síntoma cierto del cáncer, puede ofrecer grandes dificultades el diagnóstico diferencial de las dos afecciones. La edad de los enfermos constituye un elemento importante para decidir la cuestion, y muchas veces sólo el estado general puede fijar nuestra opinion.

Lo mismo sucede con la distincion del cáncer y la *úlcera crónica del estómago*, que unas veces es muy fácil y otras muy difícil. En un caso muy célebre, dos autoridades médicas, Oppelzer y Schœnlein, no pudieron convenir en si existia un cáncer del estómago ó una úlcera. Los puntos que principalmente deben tomarse en consideracion en el diagnóstico diferencial, son los siguientes:

1.° La edad del enfermo. Casi con toda seguridad puede excluirse el cáncer del estómago en los indivíduos jóvenes.

2.° La duracion de la enfermedad. Cuando la afeccion tiene ya muchos años de existencia, es otra circunstancia que tambien habla en contra del cáncer.

3.° Las fuerzas y el estado de nutricion del enfermo. En la úlcera crónica del estómago, se alteran poco, y sólo en un período avanzado de la enfermedad, mientras que en el cáncer disminuyen muy considerablemente, y desde muy pronto, las fuerzas y lozanía del enfermo.

4.° La naturaleza del dolor. La existencia de accesos cardiálgicos verdaderos, indican más bien la úlcera que el cáncer del estómago.

5.° El carácter de la sangre arrojada por los vómitos. En la úlcera, vomita más á menudo el enfermo grandes cantidades de sangre, por cuya razon se altera poco este líquido; en el cáncer se observan con más frecuencia pequeñas cantidades bajo la forma de materias negras, parecidas al poso del café; sin embargo, tambien se observan algunas veces abundantes hematemesis en el cáncer del estómago, y vómitos de materias negras y grumosas en la úlcera crónica.

6.° La presencia ó ausencia de un tumor. Lo primero indica casi con seguridad el cáncer, porque son sumamente raros los casos en que una úlcera da lugar á la formacion de un tumor por el engrosamiento de la pared del estómago y la neoplasia del tejido celular á su alrededor. Por otro lado, no se debe olvidar que la falta del tumor no excluye de ninguna manera el cáncer.

Es raro que durante la vida pueda descubrirse á cuál de sus formas pertenece. El *cáncer coloideo*, que es la forma más rara, sólo debe sospecharse en los casos en que la enfermedad sigue una marcha notablemente larga, y en aquellos en que se ve desarrollarse una ascitis. Es más probable todavía el diagnóstico, cuando despues de la paracentesis pueden percibirse por la palpacion masas abolladas que corresponden al epiplon. Si faltan estos síntomas, debe pensarse en el *escirro*, ó en el *encefaloides*. Es tanto más probable la existencia del último, cuanto más aguda sea la marcha de la enfermedad, mayor el tumor y más rápido su crecimiento.

§. V.—**Tratamiento.**

Como no puede llenarse la indicacion causal ni la de la enfermedad, tenemos que limitarnos á un tratamiento sintomático. Debe establecerse un régimen con arreglo á los principios que hemos establecido en el tratamiento del catarro crónico del estómago. La leche, cuando la soportan bien, es el alimento más conveniente para estos enfermos; cuando así no es, se prescribirá sopas suculentas, yemas de huevo y otras sustancias nutritivas; siempre se les administrará en pequeñas cantidades de cada vez, y si existen estrecheces cancerosas, los tomará siempre el enfermo bajo la forma líquida y en un estado de division conveniente. Tambien se le puede permitir un poco de vino, sobre todo tinto, que por lo comun sienta bien. Cuando hay una excesiva formacion de ágrios, se recomendará al enfermo tomar los carbonatos alcalinos, sobre todo bajo la forma de agua de sosa carbonatada. Muchas veces no dan resultados,

y de ningun modo se llega á conseguir en las estrecheces del piloro, sobre todo, que disminuye la formacion de ácidos. En estos casos, convendrá seguir el consejo de Budd, el cual da á cada comida píldoras, que contienen un cuarto de gota ó media gota de creosota. Cuando el estreñimiento sea muy tenaz, se prescribirán píldoras de áloes y coloquintida.—Contra los dolores intensos y el insomnio, habrá que recurrir á los opiaceos, y sobre todo á la morfina.

CAPÍTULO VIII.

HEMORRAGIAS DEL ESTÓMAGO.—GASTRORRAGIAS.

§. I.—Patogenia y etiología.

Las hemorragias del estómago reconocen por causa:

1.° La *rotura de los vasos hiperemiados, sin ser precedida de una modificacion de textura.* Es raro que *fluxiones arteriales* lleguen á ser bastante considerables para ocasionar roturas; sin embargo, algunas veces se observa esto, fuera de las pequeñas hemorragias que pueden acompañar á las inflamaciones del estómago, en las anomalías de la menstruacion. No puede negarse, por más que sea un hecho imposible hoy de explicar, que la maduracion y caida de un huevecillo en el útero, dan lugar en ciertas circunstancias á fluxiones y hemorragias en otros órganos distintos del útero.—Con mucha más frecuencia ocasionan las hemorragias de este órgano, *éxtasis venosos* de la mucosa. Los éxtasis más considerables, se presentan cuando la sangre encuentra algun obstáculo para atravesar el hígado. La obliteracion de la vena porta por coágulos sanguíneos, la compresion de sus ramas por la retraccion del tejido conjuntivo en la cirrosis del hígado, ó por las vias biliares, distendidas á consecuencia de una obliteracion del conducto hepático ó del coledoco, las obliteraciones de los capilares del hígado por masas pigmentarias en las fiebres palúdicas graves

(Frerichs), en fin, la desaparicion de los capilares del hígado en la atrofia amarilla, pueden ocasionar hemorragias del estómago (véanse los capítulos correspondientes). Cuando la sangre encuentra obstáculos en su camino, á través del pecho, en las enfermedades del pulmon, de las pleuras, del corazon y del pericardio, se desarrollan hiperemias de la mucosa gástrica; pero rara vez llegan á ser bastante intensas para dar lugar á la rotura de los vasos; sin embargo, esto no es imposible. En esta categoría deben incluirse las hemorragias del estómago, que algunas veces se observan en los recien nacidos. Es más que probable que dependan de la expansion incompleta del pulmon, que impide á la sangre de las paredes estomacales verterse libremente.

2.° Pueden ser debidas las hemorragias del estómago á la *rotura de vasos enfermos*. En algunos casos raros se ha visto abrirse varices ó aneurismas en la cavidad del estómago. Mas á menudo es preciso admitir la existencia de un estado morboso de las paredes vasculares, sin que pueda ésta apreciarse á simple vista, ó con el microscopio. En esta categoría pueden colocarse las gastrorragias que se presentan en los hemófilos, las que se encuentran despues de enfermedades debilitantes, durante la fiebre amarilla y otras afecciones graves, y en fin, las que participan de la naturaleza del escorbuto, y que se desarrollan bajo la influencia de un régimen imperfecto, sobre todo de la privacion de carne y legumbres frescas. No puede admitirse que sea en estos casos la causa inmediata de la gastrorragia, la anormal composicion de la sangre. Esta alteracion del líquido nutricio no puede dar lugar á hemorragias, sino de un modo indirecto, modificando la nutricion de las paredes vasculares.

3.° Pueden, en fin, reconocer por causa las hemorragias del estómago, la *ulceracion y demás lesiones de las paredes vasculares*. A esta clase pertenecen los casos en que la úlcera crónica del estómago, ó el cáncer reblandecido, da lugar á hemorragias de los capilares ó de vasos gruesos, lo mismo que los ca-

sos en que los vasos del estómago se abren por sustancias corrosivas ó cuerpos extraños de punta aguda, y por último, aquellos en que se han desgarrado los vasos de este último por un golpe recibido en la region epigástrica.

§. II.—Anatomía patológica.

Muchas veces se intenta en vano hallar en la autopsia el orígen de la sangre, aun despues de considerables hemorragias, de la mucosa gástrica; si el enfermo ha sucumbido á ella, se encuentra algunas veces que despues de lavada la mucosa, está tan pálida y exangüe como el resto del cuerpo. En otros casos se perciben al mismo tiempo los signos de una hemorragia capilar en el tejido propio de la mucosa, en el que se encuentran manchas lívidas ó negruzcas, de las cuales puede exprimirse la sangre por una ligera presion. Esta infiltracion hemorrágica, limitada á puntos circunscritos de la mucosa, ordinariamente da orígen á un reblandecimiento superficial y á la eliminacion de las partes reblandecidas; de este modo se producen pérdidas de sustancia superficiales, que sólo se descubren cuando se desprenden las partículas de sangre de color moreno súcio, que ordinariamente se adhieren á ella. Las fositas planas y sanguinolentas, á las que se ha dado el nombre de erosiones hemorrágicas, existen comunmente en gran número; son poco extensas, tienen una forma redonda ú oval, y se encuentran de preferencia en lo alto de los pliegues longitudinales, que forma la mucosa gástrica. Si á causa de una úlcera ó un cáncer se han abierto vasos importantes, ó bien si la causa de la gastrorragia ha sido la rotura de varices ó aneurismas, pueden hallarse en muchos casos abiertos todavía los vasos.

La sangre contenida en el estómago está reunida en coágulos rojos, cuando el enfermo ha muerto poco tiempo despues de la hemorragia y ha sido esta muy rápida y abundante. Si la sangre se ha derramado lentamente y permanecido bastante

tiempo en el estómago, puede sufrir la accion del jugo gástrico y del contenido ácido de este órgano, y la sangre es morena ó negra. Cuando la hemorragia ha sido muy corta, no se encuentran en el estómago más que algunas estrías negras y copos del mismo color, ó masas grumosas parecidas al poso del café.

§. III.—**Síntomas y marcha.**

Si la gastrorragia es poco abundante y la sangre derramada no es arrojada por el vómito, ordinariamente pasa desapercibida durante la vida. Segun las observaciones de Beaumont, el catarro agudo del estómago es por lo comun acompañado de pequeñas hemorragias, y sin embargo, las mucosidades arrojadas por el vómito, casi nunca están teñidas de sangre.—Lo mismo sucede con las erosiones hemorrágicas que, segun los resultados necroscópicos, acompañan con bastante frecuencia á los catarros crónicos, los cánceres y úlceras: rara vez dan lugar al vómito de sangre, y por esta razon muy pocas veces se las reconoce durante la vida.

En otros casos, la mezcla de pequeñas cantidades de sangre con las sustancias vomitadas, no deja duda sobre la existencia de una hemorragia del estómago, cuando estamos seguros de que esta sangre no se ha tragado; pero muchas veces esta hematemesis, es el único síntoma que se observa. Diariamente se observan casos semejantes en enfermos que padecen cáncer del estómago; el arrojar esa especie de posos de café, no les hace estar mejor ni peor.

Si la cantidad de sangre derramada en el estómago es considerable, comunmente es precedida de prodromos la hematemesis. Dependen estos, por una parte, de que el estómago está lleno de sangre, y por otra, de que los vasos del cuerpo se vacian. Los enfermos perciben una sensacion de presion en el epigastrio, una necesidad de aflojar sus vestidos, sienten opresion y tienen náuseas; al mismo tiempo palidecen, se pone el pulso pequeño, fria la piel, tienen desvanecimientos, zumbidos

de oidos, vértigos, ó se desmayan. He visto á un cirujano sangrar á su madre en este estado, por creerla atacada de una apoplegia. En las personas robustas faltan los fenómenos de lipotimia, consistiendo únicamente los prodromos en una sensacion de presion y plenitud en el epigastrio.—Despues de náuseas más ó ménos duraderas, que algunas veces van acompañadas de una sensacion semejante á la que produciria un líquido caliente que subiera por el esófago, de sabor dulzáino y soso, sobrevienen vómitos violentos, que arrojan, con espanto del enfermo, sangre por boca y narices, en parte líquida y en parte coagulada, y por lo comun de un color rojo negro oscuro. Muchas veces penetran en la laringe pequeñas porciones de sangre, provocan la tos, y como la expectoracion sale teñida por este líquido, refieren despues los enfermos al médico que han arrojado sangre; pero muchas veces no saben si ha sido por vómito ó por tos. Más ó ménos tiempo despues de la hematemesis, salen masas sanguinolentas con las cámaras. Si la hemorragia ha sido muy abundante, se presentan estas más pronto, y ofrece la sangre el aspecto de coágulos consistentes de color rojo negro; si la sangre llega al intestino, no se evacua hasta dos ó tres dias despues de la hematemesis, y ordinariamente se trasforma en una masa negra parecida á la pez. En casos excepcionales, la sangre derramada en el estómago sólo se evacua por las cámaras, y falta el vómito. Si los enfermos afectados de una úlcera crónica del estómago se ponen en poco tiempo muy pálidos, y presentan otros síntomas que pueden referirse á una hemorragia interna, no deben dejarse de examinar repetidas veces las cámaras.

Las hemorragias del estómago pueden en poco tiempo robar á la circulacion muchos kilógramos de sangre; los indivíduos más robustos se ponen entonces muy pálidos, se enfria su piel, y fácilmente sufren un síncope. En los casos graves, tiene el enfermo náuseas, desvanecimientos y vértigos cada vez que quiere sentarse, ó siquiera levantar la cabeza, y cae en profundos síncopes cuando intenta levantarse. Por más espan-

tosos que sean estos para los enfermos y sus familias, tienen indudablemente una favorable accion sobre la marcha del acceso, suspendiendo momentáneamente la hemorragia y favoreciendo la formacion de un trombus. Si la terminacion de la enfermedad es muy á menudo mucho más favorable de lo que se esperaba, á juzgar por el aspecto del enfermo, precisamente hay que atribuirlo á esta causa. En efecto, mueren proporcionalmente pocos enfermos á causa de la hemorragia del estómago, en cuyo caso sucumben á la excesiva pérdida de sangre, ó mueren asfixiados por su introduccion en las vias aereas. Con más frecuencia termina la hemorragia cuando los enfermos, pálidos como la cera, quedan estenuados hasta el extremo, y están tendidos durante algunos dias en su cama en un estado, al parecer desesperado; desaparece poco á poco la sangre de las deposiciones, y se establece una convalecencia muy lenta. Por espacio de mucho tiempo no tienen apetito, se quejan de eructos nidorosos y de un sabor pútrido. Como la enorme pérdida de sangre es reemplazada por la absorcion de agua, se ponen los enfermos muy hidroémicos y á menudo hidrópicos, aunque tambien pueden desaparecer á la larga, estos estados morbosos, y curar el enfermo por completo.

En fin, debemos mencionar los casos en que la hemorragia es tan considerable, que muere el enfermo antes que la sangre se haya evacuado por arriba ó por abajo. Esto es lo que debe sospecharse, cuando un enfermo que ofrece los síntomas de una úlcera crónica ó un cáncer del estómago, se aplana súbitamente, presentando los síntomas de una hemorragia interna, y sucumbe en breves instantes.

§. IV.—**Diagnóstico.**

Los enfermos atacados de hemoptisis vomitan muchas veces, al mismo tiempo que los enfermos atacados de hematemesis suelen toser durante el acceso; no es por lo tanto siempre fácil, distinguir una hemorragia pulmonar ó bronquial de una

gastrorragia, sobre todo cuando no se ha presenciado el accidente ó se trata de averiguar la naturaleza de una hemorragia antigua. Para establecer el diagnóstico diferencial, se atenderá sobre todo á los puntos siguientes:

1.° Naturaleza de la sangre arrojada. La sangre vomitada, comunmente es oscura negruzca, reunida en una masa mezclada con restos de los alimentos; el coágulo que no encierra burbujas de aire, tiene un peso específico mayor, y algunas veces presenta la sangre una reaccion ácida, debida al jugo gástrico. Por el contrario, la sangre procedente del pulmon ó de los bronquios, ordinariamente es clara espumosa, mezclada con mucosidades, no coagulada al principio, y si despues forma coágulos, encierra burbujas de aire y es ligero; su reaccion siempre es alcalina. Sin embargo, no debe perderse de vista que la sangre que solo ha permanecido poco tiempo en el estómago, y sobre la cual, por consiguiente, ha ejercido muy poca influencia el jugo gástrico, puede tener un color rojo vivo, y al mismo tiempo, que al fin de una hemotisis suelen arrojar los fermos, pequeños coágulos de sangre negruzca.

2.° El vómito de sangre es precedido en la mayoría de los casos de cardalgias y otros síntomas de la úlcera ó cáncer del estómago; en los casos, mucho más raros, en que la hemorragia del estómago ha sido provocada por éxtasis ó fluxiones, se observa antes de este accidente, síntomas de hiperemia en todos los órganos abdominales; la hemotisis, por el contrario, es precedida casi en todos los casos, de trastornos en la respiracion y circulacion de los órganos intratorácicos.

3.° Los enfermos instruidos saben indicar, por lo comun, si se ha presentado el vómito en primer lugar y sólo más tarde se ha unido á él la tos, ó bien si las náuseas y el vómito han sido provocados por ella.

4.° En la hematemesis, comunmente nos indica la percusion del epigastrio que el estómago está lleno, mientras que el exámen físico del pecho, no denota nada de anormal. En la hemotisis, no se obtiene sonido mate en el epigastrio, mientras

que por el exámen del pecho, por lo comun se perciben por lo ménos estertores, si no hay tambien otros síntomas.

5.° Despues de la hematemesis, constantemente se observa en los dias siguientes deposiciones sanguinolentas, mientras que despues de una hemotisis se observa constantemente una expectoracion de sangre

No puede reconocerse por la naturaleza de los vómitos, ni por la de las materias arrojadas por las cámaras, si la sangre vomitada procede realmente del estómago ó ha llegado á él por deglucion. En los casos dudosos, es preciso examinar detenidamente la nariz y la faringe, y preguntar, ante todo, si el enfermo no ha notado señales de epistaxis el dia anterior antes de acostarse. Un interrogatorio exacto sobre los prodromos, puede tambien darnos algunas luces, sobre todo cuando se sospecha que la enfermedad puede ser simulada. Los individuos que simulan, acostumbran á exagerar mucho en su descripcion las penosas sensaciones que han precedido al vómito, y precisamente estas exageraciones y los indicios falsos que dan, es lo que contribuye muchas veces á descubrirlos.

El saber si las masas vomitadas están realmente constituidas por sangre, es fácil en la mayor parte de los casos; sin embargo, ya se ha visto á médicos perder la cabeza hasta el punto de tomar por tal á una masa de cerezas arrojada por los vómitos. Hasta en las materias negras parecidas al poso del café, puede casi siempre reconocerse al microscopio la presencia de glóbulos sanguíneos, encogidos y deformes, y sólo en casos excepcionales hay que recurrir al exámen químico, para comprobar la presencia del hierro en estas materias negras, y considerarlas como sangre modificada.

Por lo comun, es fácil reconocer si la hemorragia depende de la ulceracion de un vaso grueso, ó de la rotura de capilares. Aun haciendo abstraccion de que en el primer caso es mucho más abundante que en el segundo, el exámen de los prodromos nos suministra tambien un medio casi seguro, para distinguir ambas lesiones. Si han precedido síntomas de cardialgia, vó-

mitos crónicos y otros signos de la úlcera del estómago, creemos más bien en la ulceracion de un vaso grueso que constituye la causa más frecuente de la hemorragia del estómago. Si, por el contrario, ha podido comprobarse antes de la hematemesis la existencia de una ascitis, un infarto del bazo ú otros signos de éxtasis en el sistema de la vena porta, puede admitirse que la hemorragia procede de vasos pequeños, y es debida á un éxtasis venoso. Si durante la amenorrea se presentan hemorragias del estómago con un tipo mensual regular, debemos creer exista una considerable fluxion al estómago; si aparecen en el curso de la fiebre amarilla, durante el escorbuto ó despues de las enfermedades debilitantes, admitiremos la existencia de lesiones nutritivas de las paredes vasculares.

§. V.—Pronóstico.

Ya hemos dicho que rara vez sucumbian los enfermos á los vómitos de sangre, y que comunmente se podia sentar un diagnóstico favorable, á pesar de la extrema palidez y aun de los síncopes de mucha duracion. Aun no se sabe si la hemorragia del estómago puede en ciertas condiciones, sobre todo cuando existe una úlcera crónica, ejercer una favorable influencia sobre la enfermedad principal.

Si los enfermos, despues de haberse repuesto de una pérdida de sangre, se encuentran algunas veces por cierto tiempo mejor que antes, es por lo comun porque el grave accidente les ha inspirado tal terror, que toman muchas más precauciones en su manera de vivir. Las hemorragias producidas por un éxtasis, pueden ejercer momentáneamente una influencia favorable sobre los otros síntomas de la plétora abdominal. Por el contrario, en el escorbuto, lo mismo que en otras afecciones debilitantes, la hemorragia del estómago siempre es un accidente que agrava mucho el pronóstico.

§. VI.—**Tratamiento.**

La *profilaxia y la indicacion causal*, exigen las mismas medidas que el tratamiento de la enfermedad primitiva. Cuando enfermos que padecen una cirrosis del hígado, ú otros trastornos circulatorios de este órgano, presentan los prodromos de una hemorragia del estómago, puede aplicarse con ventaja algunas sanguijuelas al ano; en las mujeres amenorreicas que tienen hematemesis periódicas, conviene aplicar de vez en cuando algunas sanguijuelas al cuello de la matriz.

La *indicacion de la enfermedad* reclama, en las hemorragias debidas á la rotura de capilares, una intervencion ménos enérgica que en las que suceden á la ulceracion de un vaso grueso. Jaksch recomienda tambien en este caso una sangría al principio de la hemorragia. Sin embargo, este procedimiento rara vez es seguido de un resultado favorable, y hasta aumenta el peligro si no llega á detener la hemorragia. El empleo de la ventosa de Junod es muy preferible, pero no se la debe usar sino cuando la hemorragia no ha ocasionado todavía síncopes; en este último caso, la hemospausia, que aun en indivíduos robustos provoca síncopes profundos, llegaria tambien á ser muy profunda.

El remedio más eficaz contra las hemorragias del estómago, es el empleo del frio; se hará beber al enfermo de vez en cuando pequeñas porciones de agua fria ó helada, ó tragar pedacitos de hielo, cubriéndole el epigastrio de compresas frias ó heladas, que se renuevan á menudo. Los medicamentos estípticos no siempre se soportan bien, y muchas veces son arrojados por el vómito. Los más recomendables son el elixir ácido de Haller en pocion, ó el alumbre, sobre todo bajo la forma de suero aluminoso *(serum lactis aluminatum)*. Estos remedios se darán siempre por pequeñas partes, y se pondrá el frasco en hielo. Podemos dispensarnos de emplear el acetato de plomo, el sulfato de hierro y la ergotina.

La *indicacion sintomática* exige, ante todo, el tratamiento de los síncopes. Deben los enfermos acostarse en una posicion horizontal, sin levantarse para defecar, sirviéndose para esto de un orinal. Si á pesar de estas precauciones hay síncopes, se aplicará un frasco de agua de colonia ó de amoniaco á la nariz, se harán aspersiones de agua fria en la cara; pero se tendrá prudencia en la administracion de los analépticos; el mejor remedio en estos casos es el champagne fresco, que provoca con ménos facilidad vómitos que los medicamentos analépticos.—El contínuo deseo de dormir, que por una parte acompaña á los accesos de síncope, y por otra parte está sostenida por la sangre encerrada en el estómago, constituye el síntoma más penoso para el enfermo. Al tratar de combatirlo, es preciso ser muy prudente en el empleo de los narcóticos, y es preferible aplicar de vez en cuando sinapismos al epigastrio, y darle algunas pequeñas cantidades de polvos gaseosos.—Desde que P. Frank insistió vivamente en la necesidad de dar un purgante á los enfermos acometidos de hemorragias gástricas, para impedir que la sangre se descompusiera y diese lugar á una fiebre pútrida, se han recomendado generalmente las lavativas y laxantes suaves. Mis observaciones, sin embargo, conformes en esto con los experimentos de Bamberger, prueban que las lavativas son hasta perjudiciales en los primeros dias que siguen á una hemorragia del estómago.

CAPÍTULO IX.

CALAMBRES DEL ESTÓMAGO.—CARDIALGIA NERVIOSA.—GASTRALGIA.

§. I.—Patogenia y etiologia.

Bajo el nombre de cardialgia nerviosa, se comprende una afeccion dolorosa del estómago, que no depende de modificaciones apreciables de estructura de este órgano. Romberg dis-

tingue dos formas de cardialgia nerviosa; una dependeria de una hiperestesia del nervio vago, y la otra de una hiperestesia del plexo solar. Llama á la primera gastrodinia neurálgica, y á la segunda neuralgia celiaca. Debe ser difícil el determinar en un caso dado si los dolores tienen su asiento en los filetes del nervio vago, ó en los del gran simpático, y con mucha razon dice Henoch que esta distincion puede ser admisible bajo el punto de vista teórico; pero no tiene ningun valor práctico.

Lo mismo que otras neurosis, se observa la cardialgia nerviosa:

1.° Frecuentemente en los *individuos anémicos*. Cuando en jóvenes cloróticas, en las cuales se cuentan accesos de cardialgia más ó ménos intensos entre los síntomas más constantes, desaparece la anemia á beneficio de las preparaciones ferruginosas, se ve tambien desaparecer las cardialgias, aun en los casos en que no se restablece la menstruacion; pero las recidivas de la clorosis, que no dejan de presentarse, prueban que el mal principal no está curado. Estas observaciones demuestran que las cardialgias de las cloróticas dependen principalmente del empobrecimiento de la sangre, y no de una afeccion de los órganos sexuales, como sucede con las cardialgias de las mujeres histéricas. Entre las que son debidas á la anemia, pueden tambien contarse las que se observan con bastante frecuencia en los tuberculosos, convalecientes y onanistas.

2.° Muchas veces se refieren las cardialgias á las *afecciones de la matriz*, como dislocaciones, flexiones, inflamaciones crónicas de este órgano, ó úlceras catarrales y foliculares del orificio del cuello; lo mismo decimos de las *afecciones de los ovarios*. Las cardialgias constituyen uno de los síntomas más frecuentes del histerismo. Cuando más distintamente se nota la relacion entre las cardialgias y las enfermedades de los órganos genitales de la mujer, es en los casos en que sólo se presentan los accesos, ó son más intentos por lo ménos, en las épocas menstruales. Yo he tratado una mujer afectada de amenorrea con retroversion del útero y erosiones catarrales en el hoci-

co de *tenca*, y cuyos accesos cardiálgicos se repetian con regularidad todos los meses, y duraban cada vez tres dias. En los intervalos, no se presentaban sino cuando se aplicaban sanguijuelas al cuello de la matriz, en cuyo caso se manifestaba el dolor neurálgico en el mismo instante de su aplicacion.

3.° En otros casos depende la cardialgia nerviosa de una *afeccion de la médula espinal ó del cerebro*, y por analogía con otras neurosis, es probable, si bien no está probado por observaciones exactas, que puedan tambien producirla ciertas *modificaciones materiales del nervio vago ó del gran simpático*.

4.° Tambien pueden depender de *discracias*. Parece que la infeccion de la sangre por los efluvios pantanosos provoca algunas veces accesos de gastralgia, en lugar de una fiebre intermitente. Romberg atribuye una gran importancia á la gota, y él mismo ha padecido violentas cardialgias antes de sufrir ataques de dicha afeccion.

5.° Muchas veces, en fin, nos es imposible descubrir durante la vida, ni en la autopsia, la causa de violentas gastralgias que han persistido muchos años.

Entre las cardialgias nerviosas, debemos tambien incluir los accesos dolorosos que muchas veces son provocados por la presencia de ciertas sustancias en el estómago, sin que la pared de este órgano haya sufrido ninguna modificacion de estructura. De este número son los accesos de gastralgia que se presentan cuando se forman muchos ácidos, llegan hasta el estómago las lombrices, y cuando se introducen en este ciertos medicamentos; algunas veces se les observa despues de la ingestion de bebidas frias y otras causas semejantes.

§. II.—Síntomas y marcha.

La gastralgia nerviosa, como la mayor parte de las neurosis, se distingue de las demás enfermedades por su marcha típica, es decir, que despues de momentos en que no percibe el enfermo ninguna sensacion penosa, sobrevienen los más violentos paroxismos dolorosos. Algunas veces llega á ser de tal

modo regular el tipo, que reaparecen los accesos á la misma hora todos los dias, ó cada dos ó tres.

Es imposible describir el acceso de gastralgia de un modo más exacto y suscinto que lo hace Romberg:

«Súbitamente, ó precedido por una sensacion de presion, se hace notar en el epigastrio un dolor violento y constrictivo, que ordinariamente se irradia hasta el dorso; cree el enfermo desmayarse, se altera su fisonomía, se ponen frios los piés y manos, y se hace el pulso pequeño é irregular. El dolor aumenta hasta el punto de arrancar gritos. El epigastrio está proeminente y forma una elevacion globulosa, ó lo que es más comun, está hundido y tensas las paredes abdominales. Muchas veces se observan pulsaciones en la region epigástrica. Puede sufrirse la presion exterior, y en ocasiones el enfermo mismo oprime el epigastrio contra un objeto resistente, ó por medio de las manos. A menudo se observan dolores simpáticos en la caja torácica, bajo el esternon, en los ramos esofágicos del nervio vago, y rara vez en las partes exteriores del cuerpo.

»El acceso dura desde algunos minutos á media hora; despues disminuye insensiblemente el dolor, dejando al enfermo en un estado de estenuacion considerable, ó bien cesa de pronto por la expulsion de gases ó líquidos, por vómitos, un sudor ligero, ó la secrecion de una orina rojiza.»

Además de estos accesos violentos, se observan bastantes veces sensaciones dolorosas, de naturaleza é intensidad variables, las cuales tambien alternan con intervalos de reposo, no se aumentan, sino disminuyen, por la presion exterior y la introduccion de alimentos, y son tambien acompañadas de dolores simpáticos en el pecho y en el dorso, y de movimientos reflejos en los músculos abdominales, etc. Precisamente estos accesos más ligeros, en los cuales faltan «la sensacion de desfallecimiento y aniquilamiento inminente de la vida,» son los que Romberg describe como neuralgias del nervio vago, en oposicion con la neuralgia celiaca.

§. III.—Diagnóstico.

La naturaleza del dolor, no suministra ningun punto de partida para distinguir los accesos cardiálgicos que acompañan á la úlcera del estómago, de los que se presentan en las neuralgias de este órgano. En los primeros, observamos tambien la irradiacion del dolor hácia el dorso y el pecho, su terminacion por eructos y vómitos, y la influencia deprimente del dolor sobre el estado general. Para distinguir ambos estados, es importante atender á los puntos siguientes:

1.° En la mayor parte de los casos, los dolores de la úlcera del estómago, se aumentan por la presion exterior y la introduccion de alimentos (presion interior), mientras que en las gastralgias nerviosas, la presion en el epigastrio y la entrada de alimentos, comunmente producen un alivio.

2.° En la úlcera crónica del estómago, existen en los intervalos síntomas dispépticos y otros trastornos funcionales del estómago; en las cardialgias nerviosas faltan estos síntomas. Por estas razones se altera poco la nutricion en esta última enfermedad, y cuando la neuralgia no es debida á la anemia, pueden los enfermos tener un aspecto robusto y floreciente.

3.° La dismenorrea, la metrorragia, esterilidad y otros síntomas que denotan un estado patológico de los órganos sexuales, así como tambien la clorosis intensa, nos permiten suponer que la enfermedad es de naturaleza neurálgica; sin embargo, no deberá atribuirse demasiado valor á este signo, porque precisamente en esta clase de enfermos es donde más á menudo se encuentra tambien la úlcera del estómago.

4.° La existencia simultánea de otras neurosis, habla en favor de la naturaleza neurálgica de los accesos dolorosos.

5.° En fin, el verdadero calambre del estómago se presenta sin causa conocida, y muchas veces mientras está el órgano vacío; los accesos dolorosos en la úlcera del estómago, siguen casi siempre á la comida.

§. IV.—Pronóstico.

Las neuralgias que dependen de un empobrecimiento de la sangre, son de un pronóstico favorable, cuando la causa de este empobrecimiento no es un cáncer, una tuberculosis, ó cualquiera otra enfermedad incurable. Lo mismo pasa con las neuralgias que dependen de las afecciones uterinas; cuando estas últimas son accesibles al tratamiento, desaparece la cardialgia con la enfermedad primordial. En general, es tambien favorable el pronóstico, cuando estos fenómenos se desarrollan bajo la influencia de los miasmas palúdicos ó del vicio gotoso. Por el contrario, el tratamiento de las formas que dependen de una afeccion del cerebro ó de la médula espinal, ó que deben su orígen á causas desconocidas, no es casi nunca seguido de buen resultado.

§. V.—Tratamiento.

La *indicacion causal* exige, que en las personas cloróticas ó anémicas, se prescriban desde el principio fuertes dósis de hierro. Es cometer un grave error en el tratamiento de la clorosis, querer aguardar, para administrar las preparaciones ferruginosas, á que el estómago se haya preparado, y los fenómenos de dispepsia y accesos cardiálgicos hayan desaparecido. La dispepsia y la cardialgia de los cloróticos ceden muy rápidamente bajo la influencia del remedio, que mejora la composicion de la sangre. Las curas de Pyrmont, Dribourg, ó Cudowa (1), tienen una favorable influencia sobre esta enfermedad, y debemos recomendar en primera línea el sacaruro de carbonato de hierro. Otra prescripcion excelente, son las píldoras de Blaud (véase el tratamiento de la clorosis). En las gastralgias violentas, la indicacion causal puede exigir la aplicacion de sanguijuelas al orificio de la matriz, la cauterizacion con el nitrato de plata de las ulceraciones del cuello, y otros medios que da-

(1) Aguas ferruginosas.

remos á conocer al hablar de las afecciones uterinas, los cuales tienen muchas veces un efecto sorprendente.—En cuanto á las neuralgias debidas á la infeccion palúdica y á la gota, la indicacion causal exige tambien el tratamiento de la enfermedad principal.

La *indicacion de la enfermedad* pide ante todo el empleo de los narcóticos, y entre estos debe preferirse el acetato de morfina al extracto de beleño, belladona, etc., tambien recomendados. Ordinariamente se asocian estos remedios á los antiespasmódicos, sobre todo á la valeriana, asafétida y castoreo. Ultimamente se ha solido emplear, y algunas veces con buen éxito á lo que parece, una mezcla con partes iguales de tintura de nuez vómica y tintura de castoreo (para tomar 12 gotas durante el acceso). Las sustancias metálicas, especialmente el subnitrato de bismuto, el nitrato de plata y el cianuro de zinc, han sido tambien recomendados contra el calambre del estómago, pero casi nunca se emplean sólos, sino siempre unidos á los narcóticos, siendo por lo tanto su efecto problemático. En fin, recomienda Romberg como remedio secundario, cubrir el epigastrio con un emplasto de belladona ó de galbano azafranado (*emplastrum de galvano crocatum*) ó dar fricciones en esta region con una mezcla de mixtura oleo-balsámica (bálsamo de la vida de Hoffman) con 8 gramos de tintura de ópio simple.

CAPÍTULO X.

DISPEPSIA.

En los capítulos anteriores hemos hablado con mucha frecuencia de fenómenos dispépticos, es decir, de signos que indican una digestion anormal. Si consagramos á la dispepsia un capítulo especial, es porque sólo queremos hablar de los desórdenes digestivos que sobrevienen sin modificacion apreciable de la estructura del estómago. Todas las diferentes formas de esta dispepsia pueden dividirse en dos grupos. La digestion

se altera, ó bien porque el jugo gástrico segregado tiene una composicion anormal, ó bien porque los movimientos del estómago se disminuyen, y por consiguiente los alimentos no se impregnan suficientemente del jugo gástrico. Los nervios no pueden tener ninguna otra influencia sobre la digestion, que es un acto puramente químico, que modificar la secrecion ó los movimientos del estómago, y sólo, pues, en este sentido nos está permitido hablar de dispepsia nerviosa.

El jugo gástrico puede ser anormal bajo el aspecto de la calidad y de la cantidad. Sabemos muy poco respecto á sus modificaciones *cualitativas*; puede suceder que la proporcion de los elementos normales esté alterada (así es que sabemos que la propiedad disolvente del jugo gástrico está disminuida, cuando contiene una cantidad demasiado pequeña de ácido libre), ó bien que el jugo gástrico esté mezclado con sustancias extrañas (como se ha visto con la urea á consecuencia de la retencion de orina), ó bien que en ciertas circunstancias se modifique totalmente la composicion del jugo gástrico, faltando ciertas partes constitutivas, y siendo reemplazados por otras. Los síntomas determinados por las modificaciones cualitativas del jugo gástrico, nos son completamente desconocidos como igualmente los remedios, por medio de los cuales pudiera combatirse estos diferentes estados.

En cuanto á las modificaciones cuantitativas del jugo gástrico, se ha llamado con mucha impropiedad «debilidad atónica de la digestion,» á los fenómenos morbosos que son debidos á una secrecion demasiado poco abundante del jugo gástrico, ó á una débil concentracion de este líquido. En la etiología del catarro del estómago, dijimos que en los individuos anémicos y cloróticos se encontraba una secrecion escasa ó una composicion muy fluida del jugo gástrico, y expusimos que esta anomalía aumentaba la predisposicion al catarro del estómago, á causa de que los ingesta sufririan fácilmente descomposiciones anormales, cuyos productos ejercerian una considerable irritacion sobre la mucosa del estómago. A lo que

entonces dijimos con este motivo, debemos añadir que la mucosa gástrica está lejos de afectarse, siempre que el contenido del estómago sufre descomposiciones anormales, y que es preciso distinguir completamente los casos en que la mucosa del estómago permanece sana, de aquellos otros en que está enferma. Los síntomas que se desarrollan á causa de una secrecion disminuida de jugo gástrico, muchas veces son muy semejantes, es cierto, á los que se observan en el catarro crónico, y aun á los pertenecientes á la úlcera crónica del estómago. En esta forma de dispepsia está tambien disminuido el apetito, ó bien se presenta la sensacion de saciedad en cuanto se introduce una pequeña cantidad de alimentos. El epigastrio se abulta poco despues de la comida, y se observan eructos ó regurgitaciones de líquidos, ácidos ó rancios; los enfermos se quejan de flatulencia, y su estado les pone de mal humor y les molesta. Además de las cardialgias nerviosas que se observan en los sujetos anémicos y cloróticos, la excesiva produccion de ácidos puede dar lugar á dolores constrictivos en la region del estómago (Frerichs encontró en las materias vomitadas por las cloróticas, ácido acético y grandes cantidades de sustancias fermentadas); precisamente en estos casos es cuando es fácil engañarse, y creer en una úlcera crónica del estómago.

El diagnóstico de esta forma de dispepsia, debe ante todo apoyarse sobre la etiología. Si los síntomas descritos se encuentran en jóvenes cloríticas, en la edad del desarrollo, en individuos debilitados por excesos venéreos, sobre todo por el onanismo, ó en personas aniquiladas por penas y disgustos, un trabajo exagerado, ó las vigilias, ó bien si se presentan en la convalecencia de enfermedades largas y estenuantes, ante todo si puede percibirse que la nutricion general se habia alterado antes de la irregularidad de las funciones digestivas, debe admitirse la existencia de lo que se ha llamado debilidad atónica de la digestion, y rechazar la idea de una modificacion de estructura del estómago.—El estado de la lengua suministra

tambien un punto de partida para el diagnóstico. En el catarro crónico del estómago, está esta cargada, y se comprueban tambien otros signos del catarro, mientras que en la dispepsia de los sujetos anémicos, está la lengua por lo comun limpia, no se modifica el gusto, y no hay fetidez de aliento. En muchos casos, no puede establecerse el diagnóstico sino segun el efecto de los medicamentos. Las sustancias condimentadas y excitantes que agravan los síntomas del catarro crónico y de la úlcera crónica, son bien soportadas en la debilidad atónica de la digestion, y moderan los síntomas penosos que á esta acompañan.

Un género de vida que mejore la nutricion, el uso de preparaciones ferruginosas, los baños de mar, medios todos que tienen muy poca influencia sobre la marcha del catarro crónico ó de la úlcera crónica del estómago, son de un efecto sorprendente en las dispepsias dependientes de la anemia ó de la hidroemia. En algunos casos, pertenecientes á esta categoría, sobre todo en los que la dispepsia está complicada de una gran irritabilidad ó sensibilidad del estómago, los amargos puros, sobre todo la quasia y el lúpulo, prestan los mejores servicios. Estos remedios, que son fuertes excitantes de los nervios del gusto, pero que aplicados sobre otras mucosas y la piel, no manifiestan su presencia por ningun fenómeno particular, ejercen una accion evidente, aunque desconocida en su esencia, sobre la mucosa del estómago, y modifican á menudo muy oportunamente los estados dispépticos. La quasia, generalmente se prescribe bajo la forma de una maceracion en frio. Por la tarde se coloca una cucharadita de leño de quasia, cortado en pedacitos, en una taza de agua fria, y al otro dia por la mañana saca el enfermo la quasia y bebe en ayunas esta infusion, que se ha puesto muy amarga; tambien podemos servirnos de una copa hecha de leño de quasia, donde se pone agua fria por espacio de algun tiempo. La materia amarga del lúpulo, se prescribe por lo comun bajo la forma de cerveza de Baviera, que hoy se encuentra en cualquera parte; es claro que esta cerveza

debe tomarse en una casa acreditada, donde no se empleen en vez del lúpulo, sucedaneos nocivos á la salud. En muchos casos de dispepsia, que presenta los caractéres de la debilidad irritativa de la digestion, se obtienen ventajas señaladas del extracto de malta, que contiene mucho lúpulo, y del que ya hemos hablado antes. Algunas veces, es casi la única alimentacion que soportan los enfermos. Es probable que las preparaciones de nuez vómica, que tienen tambien reputacion de ser excelentes estomacales, como los remedios anteriores, obren tambien principalmente por su amargor. Las preparaciones más usadas en estos casos dispépticos, son el extracto acuoso (2 y medio centígramos á 5 centígramos por dósis), el extracto alcohólico (1 á 3 centígramos por dósis), y la tintura de nuez vómica (10 á 12 gotas por dósis).

En segundo lugar, en los indivíduos cuya mucosa gástrica está embotada por el uso muy continuado de irritantes fuertes, hay una secrecion muy escasa de jugo gástrico, y los síntomas que de esto dependen, siempre que alteran sus hábitos y toman los alimentos sin añadir los irritantes enérgicos. Si bien no podemos explicarnos el fenómeno de la habituacion de un órgano á tal ó cual irritante, no es ménos cierto que este fenómeno existe. La mucosa estomacal de los indivíduos que toman diariamente grandes cantidades de pimienta, mostaza y otros excitantes, puede muy bien compararse á la mucosa nasal de los indivíduos que han contraido la costumbre de tomar rapé. Es sabido que la más pequeña cantidad de rapé hace estornudar á los que no son tabaquistas, mientras que estos pueden atestarse la nariz de tabaco sin estornudar. Del mismo modo la secrecion del jugo gástrico debe considerarse como un fenómeno reflejo, provocado por la irritacion que los ingesta ejercen sobren la mucosa estomacal. En tales indivíduos, no basta la irritacion determinada por los alimentos ordinarios para provocar una suficiente elaboracion de jugo gástrico. Parte de los alimentos quedan sin digerir, se descomponen, y dan lugar á todos los síntomas que antes hemos descrito. Cuan-

do, por el contrario, toman alimentos fuertemente sazonados, se encuentran muy bien estos individuos, se desempeña completamente su nutricion, nada nos autoriza á admitir que sufran un catarro, ni ninguna otra lesion del estómago, hasta que, por último, se desarrollan síntomas que prueban que el estómago no ha sufrido impunemente tan repetidas irritaciones.—En el tratamiento de estos enfermos, es preciso ser muy prudente; no se les debe permitir conservar sus malos hábitos, y sin embargo, es preciso hacérselos perder poco á poco. Si se falta á uno de estos principios, se desarrollan frecuentemente catarros ú otras afecciones del estómago.

Entre los remedios estomacales que están indicados contra esta última forma de la dispepsia, designada tambien con el nombre de debilidad tórpida de la digestion, debemos citar, ante todo, el ruibarbo. Este se prescribe en polvo ó en píldoras, ó bajo la forma de tintura acuosa de ruibarbo, pero especialmente en el estado de tintura vinosa (la primera á la dósis de una cucharada de café, y la segunda á la de 20 ó 30 gotas). Otro medicamento que tambien ha adquirido cierta reputacion contra la dispepsia tórpida, sobre todo entre los médicos ingleses, es la ipecacuana (2 ó 3 centígramos por dósis). En fin, contra la debilidad atónica de la digestion, nos servimos tambien de los amargos, sobre todo de los que contienen aceites esenciales. Una de las prescripciones más usadas, es el elixir de naranja compuesto, á la dósis de 30 ó 40 gotas.

La dispepsia de los viejos parece tambien depender de una disminucion de la secrecion del jugo gástrico, la cual puede provenir, ya de la ausencia de los materiales necesarios para la elaboracion de este líquido, ó ya de una excitabilidad insuficiente de los nervios del estómago. Es difícil decidir qué papel puede jugar la alteracion de las fibrillas musculares de este órgano en la produccion de ambas formas de dispepsia, y bástenos hacer notar todavía una vez, que *la falta de los movimientos del estómago* por la nutricion incompleta de sus músculos, puede tener por consecuencia el no mezclarse convenien-

temente los alimentos con el jugo gástrico, y por consiguiente, la dispepsia.

El *aumento anormal de la secrecion del jugo gástrico*, no determina una dispepsia propiamente dicha; sin embargo, procuraremos describir los síntomas que parecen producirse bajo la influencia de una secrecion excesiva de este líquido, sobre todo estando el estómago vacio. Nótase que ciertas irritaciones que no atacan precisamente á la pared estomacal, sino á los órganos vecinos, sobre todo los ureteres y conductos coledocos ú órganos más distantes todavía, por ejemplo, el útero, ocasionan vómitos, los cuales generalmente se hacen derivar de movimientos reflejos. Sin embargo, Budd hace notar muy juiciosamente que en estos casos hay tambien al mismo tiempo sobrexcitacion refleja de los nervios que presiden á la elaboracion del jugo gástrico. Spallanzani, por ejemplo, excitaba en sí mismo el vómito por la titilacion de la campanilla, estando en ayunas, y arrojaba un líquido de reaccion ácida, que disolvia la carne. Tambien observa Budd en los casos de extrangulacion de cálculos biliares ó renales, las materias arrojadas por el vómito son muchas veces muy ácidas, aun cuando el estómago estuviera completamente vacío antes del vómito, habiendo sido reconocido por Prout el ácido contenido en estas materias como ácido hidroclórico. Esta circunstancia, y el rápido alivio que sigue á la administracion de los alcalinos, hacen suponer á Budd que los dolores, y hasta los vómitos, proceden en parte del jugo gástrico derramado en el estómago vacío. Siempre sucede que teniendo presente la recomendacion de Budd y de Prout, de prescribir en los cólicos nefríticos ó hepáticos, fuertes dósis de bicarbonato de sosa (8 gramos en medio litro de agua caliente), merece tomarse en mucha consideracion.

Muchos médicos de gran reputacion, sobre todo franceses é ingleses, participan de la opinion de que la presencia de ácido oxálico en la sangre, produce entre otros fenómenos morbosos, una dispepsia particular, cuyo único medio de curarla es

desembarazar al organismo de esta *diatesis oxálica*. Habiendo encontrado tal doctrina, en estos últimos tiempos, muchos partidarios en Alemania, y siendo á la vez vivamente combatida por otros, quiero exponer en pocas palabras mi manera de ver en esta intrincada cuestion.

Es tan comun encontrar *señales* de oxalato de cal en la orina de las personas sanas, que en cierto modo forma esta sal la transicion desde los elementos normales á los anormales de la orina.

Cuando los individuos hacen uso de los alimentos que contienen oxalatos, como las legumbres, entre otras las acederas, los tallos de ruibarbo, etc., se presentan en la orina *cantidades mayores* de esta sal. En fin, pueden tambien presentarse grandes cantidades de esta sustancia *accidentalmente*, en la orina de los individuos que beben mucha cantidad de líquidos que contienen ácido carbónico, como el vino de Champagne, agua gaseosa, etc.; en todos estos casos no hay trastorno ninguno de la digestion ni del estado general.

Sucede todo lo contrario cuando en la orina se encuentran durante un tiempo *más ó ménos largo, notables cantidades de oxalato de cal*. En estos casos, tambien se observan casi siempre otros fenómenos morbosos. Hay algunos enfermos en quienes, además del oxalato de cal, se encuentra en la orina espermatozoarios, y cantidades bastante grandes de moco, condicion que hace suponer que en estos casos no ha sido eliminado el oxalato de cal por los riñones, sino que se ha formado en la orina mientras ha permanecido en las vias urinarias. Desde que Gallois y Hoppe-Seyler han probado que muchas veces los cristales característicos del oxalato de cal (octaedros cuadrados) aumentaban cuando la orina queda expuesta por más ó ménos tiempo á la accion del aire, no hay duda alguna de que tambien puede formarse el oxalato de cal en la orina segregada, probablemente por la descomposicion del moco. Evidentemente debe rechazarse la idea de que esta sal insoluble, formada exclusivamente en las vias urinarias, pueda ejercer ninguna

influencia nociva sobre el estómago y el resto del organismo, siendo fácil explicar los fenómenos morbosos que en esta forma de oxaluria se producen, tales como perturbacion del estado general, melancolía, palidez, etc., por la existencia simultánea de la espermatorrea y catarro de las vias urinarias.

En fin, existen, sin embargo, bastantes casos, en que racionalmente no puede atribuirse la oxaluria á una descomposicion de la orina segregada, y estamos, por el contrario, obligados á admitir que la aparicion del oxalato de cal en la orina, depende de una mayor formacion de esta sal en la sangre, de una diatésis oxálica. ¿De qué condiciones depende, pues, la mayor produccion de esta sal en el líquido sanguíneo, y las considerables cantidades que se encuentran en los productos excrementicios del cuerpo, que en el estado normal sólo dan señales de ella? No es posible por el momento dar una satisfactoria contestacion á esta pregunta. Sin embargo, no es ménos notable que en Inglaterra, donde la alimentacion no es más abundante ni mejor que en Alemania, se encuentra indudablemente con más frecuencia que en este país, donde sólo existe, por decirlo así, exclusivamente en los indivíduos pertenecientes á las clases superiores de la sociedad, y que se entregan á los placeres de la mesa. Aunque poco amante de las hipótesis fisiológicas y químicas, creo, sin embargo, que esta observacion permite asegurar que hay alguna relacion de causalidad entre la diatesis oxálica y la oxaluria por una parte, y esta ingestion de materiales nutritivos desproporcionada con las necesidades del cuerpo, por otra. No quiero discutir aquí la cuestion de saber si por razon de esta desproporcion ha quedado incompleta la combustion de los materiales, y se ha detenido en un grado de oxidacion inferior, ó bien si este aumento de productos excrementicios ménos oxidados, como el ácido oxálico, ácido úrico, etc., depende de otras condiciones más complejas y todavía desconocidas. Creo poder expresar la opinion de que, en general, los indivíduos que, pasando una vida regalada, se ponen obesos, están más sanos que aquellos otros que en las mismas condiciones producen po-

ca grasa, y sobre todo más sanos que aquellos que, continuando en su género de vida, pierden su robustez. Mientras que en general unos no se quejan más que de ciertas molestias que dependen del exceso de robustez, los otros acusan toda clase de sufrimientos, que los médicos acostumbran á atribuir á éxtasis sanguíneos en el sistema de la vena porta, ó á hemorroides. Esta observacion hace probable que en muchos casos, cuando la desproporcion mencionada entre la alimentacion y la necesidad no está de algun modo reparada por un aumento en la produccion de la grasa, los productos de desasimilacion sufran ciertas modificaciones, y que los padecimientos antes citados dependan de una alteracion en la nutricion de los diversos órganos, por una sangre cargada de productos excrementicios anormales, tanto bajo el aspecto de la cantidad, como de su calidad.

Despues de haber padecido por más ó ménos tiempo de hipocondria, embarazo gástrico, catarros de la faringe y de los bronquios, y dolores articulares, sobre todo en las articulaciones pequeñas, fenómenos morbosos que tan pronto unos como otros predominan ó se presentan exclusivamente, pierden los individuos las fuerzas, se ponen pálidos y enflaquecen, llevando en su exterior el sello de un ataque grave de la economía. La orina, concentrada y muy ácida en general, no siempre presenta modificaciones características. Pero en la mayor parte de los casos deposita sedimentos abundantes, compuestos de uratos. Segun mi propia experiencia, un régimen fortificante, la administracion del vino, de los preparados ferruginosos y de quinina, que parecen indicados por la debilidad, palidez y enflaquecimiento de los enfermos, son casi siempre perjudiciales en estos casos, mientras que el uso de las aguas alcalinas y salinas, sobre todo cuando á ellas se unen las lociones de agua fria y los chorros frios (como lo practica el doctor Muller en Hamburgo), el enviar los enfermos á baños de mar para terminar el tratamiento, produce excelentes resultados.—Sobre la oxaluria y la diatesis oxálica, no tengo una experiencia dema-

siado grande, pero los casos que he podido observar, se asemejan exactamente al cuadro que acabo de trazar, sin que pretenda por esto identificar ambas afecciones: sus condiciones etiológicas son iguales, é iguales tambien sus padecimientos, que no pueden con exactitud referirse á ninguna de las formas morbosas que suelen figurar en los cuadros nosológicos, presentando tambien la misma postracion, palidez y enflaquecimiento. La única diferencia apreciable es, que la orina, tambien ácida y muy saturada, encierra cristales de oxalato de cal y no sedimentos de uratos. Me parece, pues, perfectamente racional considerar como resultado de una anomalía general de la constitucion, la dispepsia que en la llamada diatesis oxálica forma parte del acompañamiento de síntomas de esta afeccion, anomalía de constitucion que en los indivíduos predispuestos se desarrolla bajo la influencia de un régimen demasiado suculento. Entre los numerosos procesos que se verifican desde la asimilacion de los materiales nutritivos hasta la eliminacion de los elementos ya inútiles, el primero que se altera y da de este modo lugar á la formacion de productos anormales, bajo el aspecto de su cantidad y calidad, nos es completamente desconocido todavía hasta hoy.

El tratamiento de la dispepsia dependiente de la diatesis oxálica, debe ser el mismo que ántes hemos señalado como más útil contra estados patológicos análogos, aunque no idénticos, á esta diatesis (1). El ácido nitro-clorhídrico (agua régia), preconizado por los médicos ingleses contra la diatesis oxálica (20 gotas dos ó tres veces al dia), y la abstencion de alimentos azucarados, me parecen fundados en suposiciones teóricas, más bien que en los resultados de la experiencia.

No quiero terminar con la dispepsia sin hablar de un fenómeno bastante comun, pero muy singular y difícil de com-

(1) La única diferencia está constituida por la presencia de oxalato de cal en los productos excrementicios, cuya sal sólo se encuentra en la diatesis oxálica.
(*Nota del autor.*)

prender: me refiero á una forma particular de vértigo, llamada por Trouseau vértigo á stomacho læso, *vértigo estomacal*, á causa de que le hacia depender directamente de un desarreglo digestivo. No hay práctico alguno que tenga una clientela algun tanto extensa, que no haya encontrado algunos ejemplos que se asemejan exactamente á ese cuadro, tan lleno de de vida y de verdad, que nos ha dejado el clínico del Hotel-Dieu. La enfermedad, muy larga y muy tenaz, principia sin prodromos, de una manera completamente aguda: los enfermos, que momentos antes se sentian perfectamente á gusto, acusan un violento vértigo, y les parece que los objetos que les rodean, y ellos mismos, giran á su alrededor ú oscilan sobre su base. A esta alucinacion, se unen ordinariamente sensaciones anormales en la cabeza, que los enfermos dicen claramente no pueden llamar dolores, y tratan en vano de designarlos por una expresion conveniente. Dirán, por ejemplo, que su cabeza está vacía ó aturdida; otros hablan de una presion, de una pesadez vaga, y de una nube que parece subirles á la cabeza; á esto se unen desvanecimientos, zumbidos de oidos, temen caerse los enfermos, buscan un punto de apoyo, y piden sentarse ó echarse. Este acceso, durante el cual no cambia de color la piel de la cara, ó se pone por el contrario más pálida, se pasa ordinariamente á los pocos minutos, durante los cuales los enfermos y quienes les rodean sufren inquietudes crueles. Muchas veces, pero no siempre, va acompañado el fin del acceso, de bostezos y eructos repetidos.

Es posible que todo se limite á este primer acceso; pero es mucho más comun que se repitan accesos semejantes por intervalos más ó ménos largos. Llama la atencion lo insignificantes que parecen las causas que provocan los nuevos accesos; por ejemplo, el pisar sobre un pavimento muy brillante ó sobre una acera lisa, y el pasar al lado de una reja; por otra parte, admira el ver que los enfermos se libran en estas ocasiones del vértigo, si tienen alguna otra persona, aunque sea un niño pequeño, cogido de la mano, ó pueden apoyarse en

un baston cualquiera, ó están entretenidos con un objeto que los ocupa toda su atencion, ó bien impresionados por alguna emocion. Yo he conocido un enfermo que por ningun precio hubiera atravesado solo un salon ó pasado á pié por una plaza pública, mientras que bailaba sin dificultad en el mismo salon, ó atravesaba sin vacilar la misma plaza, sobre un caballo fogoso. Cuanto más se prolonga la enfermedad, más llama la atencion de los enfermos este estado singular. El temor de tener una enfermedad del cerebro, les abate profundamente, sobre todo cuando llegan á saber que otros enfermos que realmente han sucumbido á una enfermedad cerebral, por ejemplo, á un reblandecimiento, que es el fantasma del vulgo, tenian tambien vértigos. Los mismos médicos se dejan muchas veces engañar, y prescriben emisiones sanguíneas, derivativos ó preparados de yodo, prohibiendo por completo el uso del vino y de la cerveza, y ordenando una dieta rigurosa. Si este tratamiento es ineficaz, y siguiéndole se ponen los enfermos pálidos y delgados, suelen cambiar los médicos de opinion; entonces suponen que el vértigo es debido á una anemia cerebral, prescriben los preparados de hierro, permiten el uso del vino y de la cerveza, y recomiendan al enfermo un régimen nutritivo y animal. Pero tampoco este tratamiento da resultado, y tambien vuelven los enfermos sin experimentar alivio en los Alpes, establecimientos hidroterápicos y baños de mar. Como antes he dicho, Trousseau era de opinion que estos accesos de vértigo tenian por causa un estado de dispepsia, reconociendo, sin embargo, que los signos de esta son muy insignificantes en muchos casos y pasan fácilmente desapercibidos.

Cita casos de curacion del vértigo estomacal, por la administracion alternativa de una maceracion de quasia y una mezcla de carbonatos alcalinos. Tampoco estos remedios me han dado ningun resultado, y tengo necesidad de convenir en que, si bien los primeros accesos de vértigo que acometian á los indivíduos, se presentaban en general á causa de una indigestion, y eran acompañados de accidentes dispépticos, no es ménos cier-

to que en ninguno de los accesos siguientes, completamente análogos al primero, y repetidos con frecuencia durante años enteros, podian apreciarse signos evidentes de trastornos digestivos. Yo creo que la repeticion de los accesos vertiginosos es de orígen *psíquico*. Vemos á ciertos hombres que son acometidos de vértigo, siempre que se hallan al borde de un precipicio, ó sobre una torre elevada, y todo el que en tal ocasion ha sufrido el primer ataque, tendrá casi infaliblemente otro nuevo, cuando se halle colocado en las mismas condiciones; del mismo modo el indivíduo que haya sido acometido del vértigo una ó varias veces en su alcoba, ó al pasar por una plaza pública, corre el mayor peligro de experimentar el mismo accidente en condiciones semejantes. El *temor del vértigo*, es una causa que contribuye mucho á provocarle en esta forma morbosa, así como en los indivíduos que le sufren al estar colocados sobre una altura escarpada. La atencion sostenida por mucho tiempo sobre un objeto, una emocion moral, y cierto grado de borrachera, ponen, por el contrario, hasta cierto punto, al abrigo de ambas clases de vértigo. Un ejemplo que me parece apoya, entre otros muchos, mi opinion, es la observacion de un sacerdote que fué acometido en la iglesia de un violento vértigo, en el momento en que iba á subir al púlpito, y cayó en tierra. Este enfermo no ha tenido en el espacio de muchos años consecutivos, durante los cuales he tenido ocasion de observarle, ningun nuevo acceso bastante violento para hacerle caer á tierra; pero desde el primer vértigo no ha vuelto nunca á subir al púlpito, porque al intentarlo dos ó tres veces, creyó sentir los primeros signos del antiguo acceso, lo cual le determinó á renunciar á ello definitivamente; tuvo que privarse de su cargo, así como el guardia de una torre ó un pizarrero tendria que abandonar el suyo, si en el ejercicio de sus funciones le sorprendiera uno ó dos fuertes accesos de vértigo.

QUINTA SECCION.

ENFERMEDADES DEL CONDUCTO INTESTINAL.

CAPÍTULO I.

INFLAMACION CATARRAL DE LA MUCOSA INTESTINAL.—ENTERITIS CATARRAL.—CATARRO INTESTINAL.

§. I.—**Patogenia y etiología.**

En la mucosa intestinal, como en cualquiera otra, el catarro es una consecuencia constante de una hiperemia, bien se haya producido la turgencia vascular de un modo puramente mecánico, ó bajo la influencia de otras causas. Al principio de la enfermedad, y en los casos agudos, determina de preferencia la hiperemia una trasudacion superabundante de un líquido pobre en albúmina y de sabor salado; en los períodos ulteriores y en los casos crónicos, no da, por el contrario, lugar sino á una abundante produccion de moco y células.

El catarro agudo, y sobre todo el catarro crónico del intestino, son de las enfermedades más frecuentes.

1.° El catarro intestinal *acompaña constantemente á los obstáculos de la circulacion en el hígado.* La llegada incompleta de la sangre á la vena porta, debe necesariamente dar lugar á la distension y congestion de las venas intestinales, y por consiguiente tambien al catarro del intestino.

2.° El cataro intestinal se une muchas veces, pero ménos constantemente, *á las enfermedades ya citadas de los órganos de la respiracion y circulacion, que ocasionan una depleccion incompleta de las venas cavas.* El éxtasis venoso que á causa

de estos estados se desarrolla en toda la circulacion mayor, se produce tambien necesariamente en la mucosa intestinal; la hiperemia y el catarro del intestino, representan, pues, en estos casos, hasta cierto punto, la cianosis de la mucosa intestinal.

3.° Es más raro que un *trastorno de la circulacion periférica* dé lugar á una hiperemia fluxionaria, y un catarro de la mucosa intestinal. En esta categoría deben colocarse las intensas hiperemias del intestino, que se producen á causa de extensas inflamaciones de la piel, determinadas por vastas quemaduras y esas hiperemias tan súbitas como pasajeras del intestino, acompañadas de abundantes trasudaciones serosas, que suelen desarrollarse bajo la accion de una temperatura baja, que obre súbitamente sobre la piel, asi como se ve, por ejemplo, en los viajes á las altas montañas (Bidder y Schmidt). No nos atreveriamos á afirmar que pudieran tambien contarse en esta categoría los catarros debidos á un enfriamiento de los piés y del bajo vientre, los cuales duran mucho más que la accion de la causa que les ha producido; y en fin, los catarros crónicos del intestino, que se desarrollan bajo la influencia de un clima frio y húmedo.

4.° Tambien debemos considerar como consecuencia de una hiperemia fluxionaria intensa, ese catarro tan violento de la mucosa intestinal, que muchas veces se desarrolla en la peritonitis, sobre todo en la puerperal. La inflamacion intensa de la membrana serosa, ocasiona en estos casos un edema del tejido subseroso, de la musculosa, del tejido submucoso y de la misma mucosa intestinal. Semejante edema se encuentra siempre en los puntos próximos á los sitios inflamados, y en diversas ocasiones le hemos designado con el nombre de edema colateral, ó edema por fluxion colateral. Este edema explica fácilmente las diarreas acuosas que, á pesar de la paralisis de la túnica muscular, acompañan tan á menudo á la peritonitis.

5.° Tambien parece ser la causa de las diarreas provocadas por las *emociones*, una fluxion á los capilares intestinales,

con trasudacion serosa consecutiva. Para estos casos tenemos que admitir que los vasos aferentes son dilatados por una influencia nerviosa, cuya hipótesis ha adquirido alguna probabilidad por lo ménos, desde que Budge ha visto sobrevenir constantemente la diarrea en los conejos á quienes se habia extirpado el gánglio celiaco.

6.° En los más de los casos, la hiperemia y el catarro de la mucosa intestinal *son debidos á irritaciones locales*. Como tales debe considerarse la mayor parte de los purgantes, porque hay muy pocos que purguen por via de endosmosis, sin hiperemia y simplemente como disoluciones salinas concentradas, llamando sobre la mucosa intestinal una difusion superabundante de líquidos, procedentes de los vasos intestinales. Es ménos frecuente de lo que antes se creia, que el catarro del intestino sea provocado por un derrame demasiado abundante de bilis. No es tampoco más frecuente que dependa de la presencia de parásitos en el intestino.—Tambien deben contarse en esta categoría los catarros que se producen por la ingestion de sustancias no medicamentosas, como ciertos frutos, y ante todo los catarros intestinales provocados por el paso de materias no digeridas y en vias de descomposicion, desde el estómago al intestino (véase la etiología del catarro del estómago).—Con muchísima frecuencia son determinados los catarros del intestino, por la retencion de las materias fecales. Cuando estas quedan mucho tiempo detenidas en un punto cualquiera del intestino, sufren descomposiciones anormales, y se forman productos que ejercen una accion muy nociva é irritante, sobre la mucosa intestinal. Virchow fué el primero que llamó la atencion sobre la frecuencia de la peritonitis parcial, y sobre los cambios de situacion, tiranteces y flexiones angulosas del intestino, que son su consecuencia. Estas lesiones consecutivas, son en bastantes casos la causa de la constipacion habitual; más de uno de estos fenómenos crónicos, que sólo se suelen llamar embarazo crónico del vientre, depende únicamente de una distension y una estrechez del tubo intestinal, del desprendi-

miento de gases procedentes de las materias fecales en descomposicion, y de catarros consecutivos del intestino.

7.° En ciertas épocas, se hacen muy numerosos los catarros intestinales, bajo la influencia de causas desconocidas, que se designan con el nombre de *genio epidémieo gástrico*.

En fin, en gran número de casos, el catarro del intestino no es más que el síntoma de una enfermedad general. Se le puede provocar artificialmente en los animales, inyectando sustancias en putrefaccion en sus venas (Stich); acompaña constantemente á la fiebre tifoidea, y constituye el síntoma más importante del cólera asiático. Esta *forma* sintomática y el catarro que se une á las ulceraciones y degeneraciones del intestino, se describirán más adelante.

§. II.—Anatomía patológica.

Rara vez invade el catarro, el tubo intestinal en toda su extension. Por lo comun se presenta en el intestino grueso, con ménos frecuencia en el ileon, y más rara vez en el yeyuno y el duodeno.—Las lesiones anatómicas que corresponden al *catarro agudo del intestino*, consisten en una rubicundez de la mucosa, tan pronto pálida como oscura, unas veces difusa y otras limitada exclusivamente, al rededor de las glándulas solitarias ó de Peyero; al mismo tiempo, está la mucosa hinchada, relajada, más fácil de desgarrar, y el líquido submucoso infiltrado de serosidad. Algunas veces ha desaparecido por entero la inyeccion despues de la muerte, y se presenta la mucosa pálida y exangüe. Una lesion casi constante del catarro agudo del intestino, es el infarto de las glándulas solitarias y de Peyero, las cuales sobresalen perceptiblemente por encima del nivel de la mucosa. Tambien se encuentra ordinariamente una hiperemia y cierto aumento de volúmen de los ganglios mesentéricos. El contenido del intestino, consiste al principio en un líquido seroso abundante, mezclado de células epiteliales desprendidas y células jóvenes, y más tarde en un moco poco abundante,

opaco, que se adhiere á la pared y contiene tambien restos epiteliales.

En el catarro crónico, tiene la mucosa un color más bien moreno rojizo ó gris apizarrado; parece hinchada y algunas veces forma, sobre todo en el recto, proeminencias poliposas. Los folículos, aumentados de volúmen, generalmente sobresalen bajo la forma de nudosidades blancas, y de un modo todavía más evidente que en el catarro agudo, por encima de la superficie cubierta de una mucosidad viscosa, gris ó puriforme. Algunas veces, aunque con ménos frecuencia que en el estómago, se desarrolla tambien en el catarro crónico del intestino una hipertrofia de la túnica muscular, que puede dar orígen á una estrechez análoga, á la estrechez simple del piloro.

En algunos casos, ofrece la inflamacion catarral una especie de *transicion á la forma diftérica*. Entonces se forman sobre la mucosa, fuertemente enrojecida, escaras planas, que la hacen asemejar á una superficie salpicada de salvado. Despues de la eliminacion de las escaras, quedan erosiones superficiales ligeramente sanguinolentas. Esta clase de alteracion, que se encuentra casi exclusivamente en la parte inferior del intestino grueso y en el recto, y que se desarrolla en estas partes bajo la influencia de un acumulo de materias fecales, corresponde al cuadro clínico de la disenteria catarral ligera.

Las formas intensas del catarro intestinal, pueden ocasionar *ulceraciones*; lo mismo se encuentra en el intestino la úlcera catarral difusa que la folicular.

Las *úlceras catarrales difusas*, se forman á consecuencia de una inflamacion aguda, y más á menudo todavía, de una inflamacion crónica, sobre la cual se haya implantado otra aguda. Las causas más frecuentes de estas úlceras, son cuerpos extraños, ó materias fecales retenidas en el intestino. Se forman por consiguiente, por lo comun, en los puntos en que las materias fecales tienen más tendencia á detenerse, como en el ciego y en el colon ascendente *(tiflitis estercorácea)*, en el apéndice vermicular, y despues en el recto y en el colon, por

encima de los puntos estrechados ó muy tensos.—La mucosa, de color rojo oscuro y tumefacta, se reblandece, y se disgrega por una formacion de pus en su espesor; se produce una pérdida de sustancia que pone al descubierto el tejido submucoso ó la musculosa. Si la úlcera cicatriza en este período, la pérdida de sustancia se llena de granulaciones, y deja despues una cicatriz dura y casi siempre estrecha el intestino. En otros casos, la musculosa y la serosa se destruyen á la vez, y el intestino se perfora. Mientras que la destruccion avanza de dentro á fuera, puede desarrollarse una peritonitis parcial, que impida el derrame de las materias intestinales en la cavidad del abdómen, por las adherencias que se forman entre la parte enferma y las asas intestinales de alrededor. Este proceso se observa por lo comun en los casos de perforacion del apéndice vermicular. Es casi tan frecuente como la peritonitis, en las inflamaciones y ulceraciones del ciego y del apéndice vermicular, conocidos bajo el nombre de *tiflitis estercorácea*, la inflamacion flemonosa del tejido celular flojo, que une el ciego y el colon ascendente á la fascia iliaca, á cuya inflamacion se ha dado el nombre de *peritiflitis*. Esta afeccion será objeto de un capítulo especial, á causa de que tambien puede desarrollarse de un modo independiente.

La segunda forma de la ulceracion catarral, la *úlcera folicular*, se presenta casi exclusivamente en el intestino grueso, y sobre todo en su parte inferior. En este punto produce vastas destrucciones, y se distingue por la débil reaccion que la mucosa presenta al rededor de la úlcera. Segun la magnífica descripcion dada por Rokistansky, esta úlcera se desarrolla de la manera siguiente: al principio están los folículos considerablemente tumefactos y rodeados de una corona vascular de color rojo oscuro; más tarde se declara la ulceracion en su interior, rompe el foco purulento la débil película que le recubre, y se presenta un pequeño absceso folicular de paredes rojas, tapizadas por granulaciones pequeñas y fungosas, y una abertura estrecha de bordes franjeados. Mientras el trabajo de ulceracion

está destruyendo todo el folículo, la hiperemia de la mucosa adyacente desaparece, y toma esta membrana un tinte pálido ó apizarrado; la úlcera presenta entonces las dimensiones de una lenteja, y es redonda ú oval. Bien pronto invade tambien la ulceracion la mucosa circunyacente, y desaparece la forma redonda de la úlcera, que ofrece una gran superficie irregular; algunas veces no queda de la mucosa más que islas ó especies de festones aislados en una extensa porcion del intestino, quedando en todo lo demás puesto al descubierto el tejido submucoso ó muscular. En el intestino se encuentran por lo comun materias semilíquidas, coposas y grumosas, de color gris rojizo, y mezcladas con alimentos no digeridos.

§. III.—**Síntomas y marcha.**

En el *catarro agudo del intestino*, está acelerado el movimiento peristáltico al mismo tiempo que se opera la trasudacion serosa. Esta es la razon por qué las cámaras son, no sólo más líquidas, sino tambien más frecuentes. La *diarrea* precedida muchas veces de ruidos en el vientre, que parecen un ronquido, y se han llamado borborigmos es el síntoma más constante, y muchas veces único del catarro intestinal. Así, pueden faltar los dolores y demás síntomas, y conservarse en su estado normal las fuerzas y nutricion del enfermo, si las evacuaciones no son muy copiosas y frecuentes, y no dura mucho tiempo la diarrea. En estos casos, las personas extrañas á la ciencia suelen considerar la diarrea como un acontecimiento feliz, del cual esperan una especie de purificacion del cuerpo, y otras muchas ventajas. Las deyecciones, al principio consisten en materias fecales diluidas (diarrea estercorácea). Si la trasudacion serosa y la aceleracion de los movimientos intestinales persisten, despues de haberse expulsado del intestino todas las materias fecales, pierden poco á poco las deyecciones su olor fecal característico, y no consisten más que en un líquido salado, que contiene laminillas epiteliales (epitelio cilíndrico) y células jóve-

Esta obra constará de unos 20 cuadernos de 112 páginas cada uno, al precio de cuatro reales en Madrid, y cinco en provincias, franco de porte.

Se repartirán dos ó tres cuadernos al mes.

Se suscribe en la portería del Colegio de San Cárlos y en las principales librerías, ó directamente dirigiéndose al traductor, calle de Toledo, núm. 30, tercero izquierda, adonde se dirigirán los pedidos de provincias.

1 2 3 9 1
Cen
1847