

PROGRAMA

DE

PATOLOGÍA INTERNA.

Dr. Rosalino Novira y Oliver



R 616
ROB

BIBLIOTECA DE LA UNIVERSITAT DE BARCELONA



0700677717

~~23520~~
PROGRAMA

DE

PATOLOGÍA INTERNA,

explicado

EN LA FACULTAD DE MEDICINA

DE LA

UNIVERSIDAD DE BARCELONA,

POR EL

DOCTOR D. BARTOLOMÉ ROBERT,

catedrático de dicha asignatura.



BARCELONA

JMP. DE EL PORVENIR, Á C. DE J. MEDINA

calle de Tallers, número 51 y 53

1875.

R.179.788

PROGRAMA

PATOLOGIA INTERNA

EN LA FACULTAD DE MEDICINA

UNIVERSIDAD DE BANGKOK

ES PROPIEDAD.

DR. JOSE F. TORRES, C. DE M. M. M.

1937

ADVERTENCIA.

No el pueril deseo de una prematura exhibicion , sino el cumplimiento de una verdadera necesidad escolástica me obliga á dar á luz el presente programa de Patología interna.

Hoy la extension de esta ciencia es tal que sus límites apenas se vislumbran, y el número de libros publicados para su desarrollo es tan grande que importa que el alumno tenga á la vista en compendiadas páginas la síntesis ó , si se quiere , el índice de lo que debe aprender y saber, si no desea vivir divorciado de lo que le es positivamente útil y no quiere perderse en un dédalo de teorías no siempre necesarias. Este programa, salvo algunas ampliaciones, es el mismo que ha formado parte de los trabajos literarios presentados por mí con motivo de las oposiciones á la cátedra que hoy , sin mérito bastante, desempeño ; y como quiera que fué escrito no tanto en virtud de lecturas mas ó menos asiduas , como á favor de un juicio clínico , siempre mas imparcial y severo que el logrado en la soledad del bufete , me lisonjeo creyendo que podrá contribuir á llenar un vacío y á facilitar la enseñanza de mis discípulos.

¡Ojalá mi intencion sea buena y los resultados justifiquen mi obligado proceder!

DR. ROBERT.

Barcelona 1.º de Octubre de 1875.

PROGRAMA

de

PATOLOGÍA INTERNA.

LECCION I.

PROLÉGOMENOS DE PATOLOGÍA INTERNA.

Si la historia de la ciencia es la de la humanidad, no cabe divorcio entre la idea moderna y la antigua: en el período rudimentario de la Medicina, desde el origen de las sociedades hasta la dispersion de la escuela pitagórica; en el período anatómico, ó de la escuela de Alejandria, y en la época greco-arábica se encuentran los fundamentos del enciclopedismo del siglo XVIII, que tan vigoroso impulso ha impreso á la medicina actual.

Servicios prestados por el libre exámen y la crítica racional despues del justo abandono de los sistemas médicos.—En el supuesto de que la inteligencia del hombre no alcanza á explicarse la esencia íntima de los fenómenos de la vida, queda demostrada la inutilidad del vitalismo y del materialismo como clave de la biología: importa apreciar los hechos tales como son é inquirir el mecanismo de su desenvolvimiento, dentro siempre de lo relativo; importa analizar pacientemente, y cuando en la investigacion tropecemos con un insuperable obstáculo, detengámonos un momento para acordarnos de Gaubius: *Melius est sistere gradum quam progredi per tenebras.*

La verdad en patología se encuentra *a posteriori*, pero no analizando tan solo, sino complementando y sublimando despues los juicios con la escelencia de la síntesis.—El recuerdo histórico, la observacion desapasionada y fiel, propia ó transmitida, y la experimentacion fisio-patológica son los tres

instrumentos indispensables para el trabajo analítico-sintético. En el método experimental la hipótesis es de rigor; y la fuerza intuitiva patrimonio del genio, presta también su contribución al adelantamiento científico.

Ciencias religiosas; ciencias morales; ciencias históricas ó sociales y ciencias naturales.—Influencia que en el desarrollo de la patología han ejercido todas ellas y con especialidad la física, la química y la historia natural.—Las grandes teorías sobre la diabetes, la albuminuria y el parasitismo atestiguan las ventajas de tan feliz consorcio.

LECCION II.

El bello ideal del presente período histórico consiste en admitir en biología una sola ciencia fundamental, la fisiología: todas las demás ó la sirven de base ó son su natural secuela. Hay más: el espíritu moderno tiende á admitir solo una fisiología, normal ó patológica.—Elogio merecido á Claudio Bernard propagador entusiasta de esta tesis.

Idea general de la vida: la vida es un resultado; no una esencia. La enfermedad tampoco es un ente; es un resultado, es una función perturbada de órganos modificados en su modo de ser ó en su modo de estar.—Un organismo sano cuando entra en acción vive la vida normal, y cuando alterado vive la vida patológica; pero la enfermedad no es el órgano enfermo, es la función, es el ejercicio, es el resultado. La misma distancia separa la *enfermedad*, de la *lesion anatómica*; que la función gustativa, de la lengua, y que la visión, del globo ocular.—Parangón entre las ideas realistas, vitalistas y materialistas respecto á este punto.

Definición de la patología.—Definición de la enfermedad.—No existen enfermedades sin lesión orgánica que las determine, por la sencilla razón de que no se concibe un efecto sin causa que lo provoque. La obscuridad que reina en punto á neurosis no desvirtúa aquella afirmación.

En buena patología la *x* del problema consiste en descubrir:

dada una enfermedad, cual es su fisiología-patológica; de ahí que con ser la anatomía anormal la más firme base de los conocimientos patológicos, ya no son aceptables las fórmulas de Morgagni, de Bichat y de Brouseais.

La division de la patología en *interna* y *externa* y la creacion de las especialidades no tienen razon de ser filosófica: son dicotomías artificiales nacidas de la exigencia del estudio y de la ley ineludible del trabajo.—Extension que abraza la patología médica, y sus relaciones inseparables con la patología quirúrgica.

Elementos intrínsecos componentes de un proceso morboso: anatomía y fisiología patológicas relacionadas con la etiología.—Elementos resultantes del proceso morboso: síndrome, semeiótica é indicaciones terapéuticas.—En consecuencia deben estudiarse por su orden en toda enfermedad: las lesiones anatómicas (anatomía patológica); la evolucion y mecanismo morbosos de las alteraciones orgánicas (patogenia); las causas que han dado origen á la lesion y que pueden imprimirla cierto carácter (etiología); los fenómenos objetivos y subjetivos por los que las lesiones anatómicas entrando en funcion se exteriorizan (sintomatología); el orden con que estas manifestaciones externas se van presentando (curso); la manera con que el proceso morboso finaliza (terminaciones); en virtud de todo lo anterior, el conocimiento de la individualidad morbosa para colocarla en los cuadros admitidos de clasificacion (diagnóstico); el juicio del porvenir que al enfermo le aguarda (pronóstico); y, como corolario final, deducción lógica de la patogenia y de la etiología, las indicaciones terapéuticas (tratamiento).

LECCION III.

DE LA CLASIFICACION DE LAS ENFERMEDADES Y DE LOS
MÉTODOS DE CLASIFICACION.

El método alfabético y el sinóptico están con justicia relegados al olvido.—Si el conocimiento de las causas fuese fá-

cil y no constituyera objeto de interminables controversias, el método etiológico sería aceptable.—El método sintomático carece de base filosófica.—El anátomo-fisiológico, el más aceptado hoy por todos los autores, es método del porvenir y constituirá el bello ideal de la clasificación nosológica el día en que el conocimiento de las lesiones anatómicas y de su funcionalismo sea positivo.—El método mixto, sincrético ó natural, ínterin estén envueltos en la obscuridad algunos hechos necrósicos, debe ser el método de clasificación más aceptable.

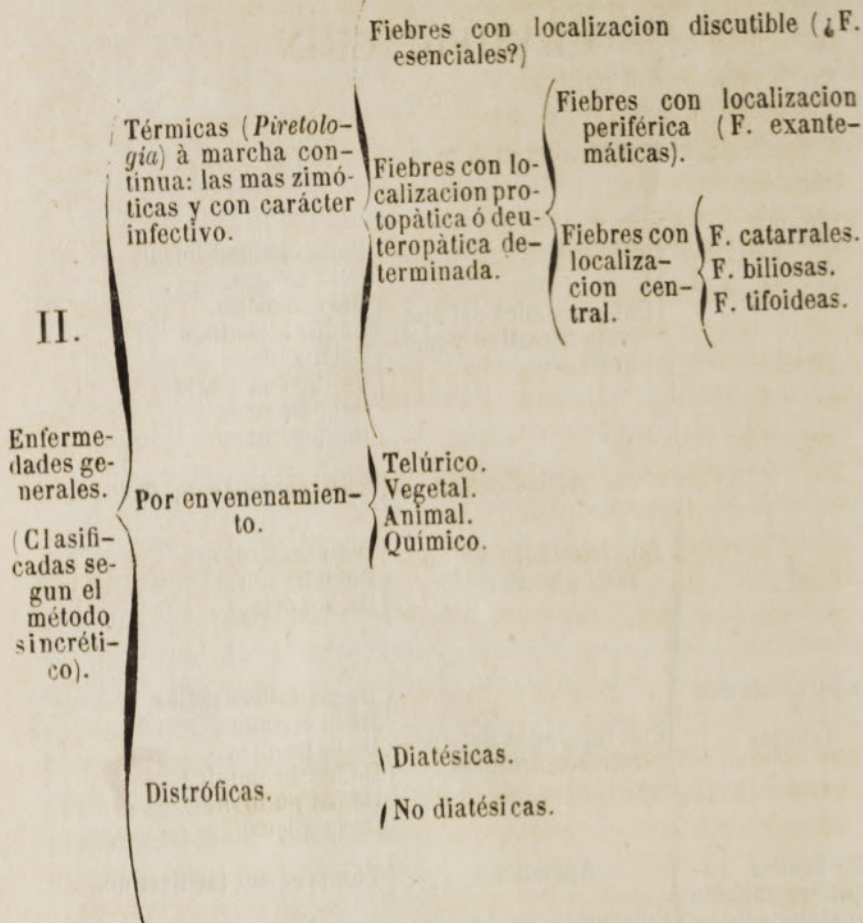
Las enfermedades internas se dividen en *locales* y *generales*.—Las primeras pueden subdividirse en tantas secciones, como órganos y aparatos en acción son admitidos hoy en buena anatomía: todas estas enfermedades son clasificables por un método anátomo-fisiológico riguroso. A las enfermedades generales, unas de lesión anatómica desconocida, otras de funcionalismo ignorado y otras de etiología obscura, las conviene una clasificación sincrética, y pueden subdividirse en: enfermedades térmicas, ó cuyo fenómeno objetivo típico es la temperatura elevada; enfermedades efecto de envenenamiento telúrico, vegetal, animal ó químico; y enfermedades con lesión general de nutrición llamadas distrofias.—Contestación á las objeciones que pueden dirigirse á esta clasificación.

CLASIFICACION

DE LAS

ENFERMEDADES INTERNAS.

I. Enfermedades locales. (Clasificadas se- gun el método anátomo-fisio- lógico).	Enfermedades del apa- rato digestivo y ane- jos.	De la cavidad bucal.
		Del exófago.
	Apéndice.	Del estómago.
		De los intestinos.
		Del hígado.
		De la vena porta.
		Del páncreas.
	Enfermedades del apa- rato circulatorio.	Del peritoneo.
		Enfermedades del bazo.
	Enfermedades del apa- rato respiratorio.	Del pericardio.
Del corazon.		
De la aorta.		
De las fosas nasales.		
De la laringe.		
Apéndice.	De la tráquea.	
	De los bronquios.	
Enfermedades del apa- rato urinario.	De los pulmones.	
	De la pleura.	
Enfermedades del apa- rato genital (esterili- dad, espermatorea, etc.)	Tumores del mediastino.	
	Del riñon y sus anejos.	
Enfermedades del apa- rato de inervacion, con lesion anatómica determinada.	De la vejiga.	
	Del encéfalo.	
Enfermedades del apa- rato de inervacion, con lesion anatomi- ca interminada ó dis- cutible (neurosis)	De las meninges encefálicas.	
	De la médula.	
	De las meninges raquidianas.	
	Del gran simpático y del centro trófico.	
	De los nervios periféricos.	



No por proceder de lo sencillo á lo complicado, ya que la frivolidad en materias patológicas no es admisible, sino por no desviarse del criterio lógico, el estudio de las enfermedades locales debe preceder al de las generales, que es igual á decir que lo simple ha de preceder á lo compuesto.—Inconvenientes que en la enseñanza de la patología interna se reportan del estudio de las enfermedades por su naturaleza, recorriendo á la vez todos los órganos de la economía que pueden sufrirlas.—Este método es mas clínico que pedagógico.—Importancia de estudiar sucesivamente en un mismo órgano ó aparato todas las enfermedades locales que sufre, sean de la clase que fueren, con el objeto de que se graben mejor en la mente del alumno los diagnósticos diferenciales. Argumentos que afianzan las ventajas de este método de enseñanza.—Aceptado este criterio, importa estudiar en cada órgano sus hiperemias, sus flegmasias, sus exudaciones, sus lesiones de nutrición, sus neoplasmas, sus neurosis y, en algun caso, sus parásitos.

PRIMER GRUPO.

ENFERMEDADES LOCALES.

LECCION IV.

SECCION PRIMERA.

ENFERMEDADES DE LOS ÓRGANOS DE LA DIGESTION Y SUS ANEJOS.

ENFERMEDADES DE LA CAVIDAD BUCAL.

ESTOMATÍTIS (στόμα, boca.)

Definicion. Nombre con que se la designa segun el sitio en que se localiza (gingivitis, palatitis).—Estomatitis protopáticas y deuteropáticas.—Indole especial de este estudio: su importancia é idea general.

Anatomía patológica: Formas agudas; formas crónicas.—Períodos hiperémico, exudativo, intersticial y libre, y exulcerativo superficial. Estudios microscópicos de Preterre y Kölliker.

A.—Estomatitis eritematosa ó catarral.

Patogenia y etiología: Inocuidad del aire frio y húmedo. Accion de los agentes físicos y químicos y de los traumatismos en la produccion de le E. idiopática. Influencia de la denticion, de la alimentacion y de varias enfermedades del aparato digestivo y constitucionales (reumatismo, escrofulosis, etc.) en la génesis de la sintomática.

Sintomatología: Síntomas locales: mucosa rojiza, tumefacta y dolorosa, con coloracion difusa, punteada ó en placas; disodia y sialorrea. — Síntomas generales: es comun el gastricismismo; eclampsia (rara en el adulto); autofagismo (comun en las inclusas.)

Curso: agudo ó crónico.

Semeiótica: Es grave la estomatítis que produce fenómenos reflejos ó impide la succion y masticacion.

Terapéutica: Accion especial del uso interno y externo del clorato de potasa. Uso de los enjuagues emolientes, narcóticos, astringentes y tónicos, en consonancia con el período del mal. Paralelo entre el resultado que determinan los tópicos emolientes y los tónicos en el tratamiento de las enfermedades de la boca.—El resultado de la terapéutica es ilusorio, interin no se remuevan las causas productoras.

B.—Estomatítis aftosa ó foliculosa (crupal de los alemanes.)

Anatomía patológica: Período hiperémico y exudativo libre, de reblandecimiento y de ulceracion. Aftas discretas y confluentes: su descripcion. Lesiones concomitantes.

Patogenia y etiología: Raras veces es protopática. Influencia de las primeras edades, del linfatismo y de todas las causas depauperantes. Accion de las enfermedades del aparato digestivo.

Sintomatología: Erupcion múltiple en diversos puntos de la mucosa bucal de pequeñas vesículas blanquecinas que se abren, ulceran y cicatrizan, mas no siempre sin dificultad y sin tendencia al crecimiento.—La estomatítis aftosa puede determinar inedia y autofagismo.

Semeiótica: Diagnóstico diferencial entre esta enfermedad y el muguet.—Pronóstico.

Terapéutica: Externa: raras veces surten efecto los emolientes; uso de los astringentes tónicos y cateréticos.—Interna: plan dietético; indicaciones causales; uso del clorato de potasa, de los eméticos y purgantes. Medicacion tónica general.

LECCION V.

C.—Estomatitis ulcerosa, estomacace (difitérica de los alemanes).

Anatomia patológica: Consiste en la infiltracion y escara de la mucosa. Las lesiones suelen ser gingivales. Período hiperémico-exudativo; ulcerativo; de destruccion de la mucosa y de los tejidos subyacentes, y de cicatrizacion. Hemorragias.

Patogenia y etiologia: Influencia de las condiciones individuales y de localidad: vida militar, naval y penitenciaria. Esta estomatitis es contagiosa?

Sintomatologia: Fiebre y gastricismo. Eritema gingival; ulceraciones rara vez colaterales, con vasta exfoliacion de la mucosa y supuracion circumvecina. Úlceras grisáceas ó rosáceas, con buena vegetacion segun sea la tendencia curativa. Adenitis sub-maxilar, aun despues de la cicatrizacion.

Curso agudo; curso crónico.

Semeiótica: Diagnóstico diferencial entre la estomatitis ulcerosa, las dos anteriormente estudiadas, el escorbuto y la gangrena de la boca. El pronóstico siempre es grave.

Profiláxis: Saneamiento de la localidad; disgregacion de los individuos.

Terapéutica: Plan dietético: alimentacion azoada; plantas crucíferas; alcohólicos y caféicos.—Plan farmacológico: uso interno y externo del clorato de potasa y de los tónicos. Purgantes suaves. Aplicaciones tópicas de quina, coclearia, ácidos minerales, tintura de iodo y nitrato de plata. Limpieza esmerada.

D.—Estomatitis parasitaria.— (muguet, mal blanco, blanquillo, estomatitis cremosa, pultácea).

Anatomia patológica: Descripcion del parásito vegetal llamado *oidium albicans* (Robin) ó *aphthophyta* (Gruby) examinado con el microscopio. Mucosas del cuerpo en que se desarrolla. Análisis químico del moco bucal. Lesiones anatómicas

de la lengua, vistas á ojo desnudo, en el período catarral y en el de proliferacion.

Patogenia y etiología: Condiciones higiénicas, de edad y morbosas que favorecen su desarrollo.—¿El *oidium albicans* tiene un origen autóctono? Estudios sobre su generacion.—Muguet idiopático y sintomático; discreto y confluyente; limitado y extendido.

Sintomatología: Aparicion en la superficie de la lengua y aún en toda la cavidad bucal, farínge, exófago y laringe de gran número de granulaciones blancas como de moco concreto que llevan aprisionado el parásito.—Decoloracion ó inyeccion de la mucosa; dolor; reaccion ácida de los exudados.—Perturbacion funcional del órgano.—Síntomas concomitantes en el muguet deuteropático.

Semeiótica.—Diagnóstico diferencial: Establézcase entre el muguet, el catarro lingual y la estomatitis aftosa.—Pronóstico: El muguet protopático es leve porque su terapéutica es decisiva. El deuteropático supone extraordinaria gravedad en la enfermedad primitiva.

Terapéutica: Es indispensable la mayor limpieza de la boca de los enfermos y, en su caso, de los pezones de las nodrizas. Combatidas las complicaciones, la terapéutica del muguet es puramente local.—Uso del vino aromático, de los alcalinos (magnesia, bicarbonato de sosa, cascarilla, sub-borato de sosa) y otros astringentes. Los ácidos están contraindicados.

Afecciones escorbúticas, sifilíticas, cancerosas, mercuriales, fosfóricas y plúmbricas de la boca. (Véanse las lecciones del segundo grupo).

ESTOMATORRAGIA.

La hemorragia procedente de la mucosa bucal, cuando no es traumática, es solo un síntoma de afecciones ulcerosas de la boca ó de alteraciones hemáticas.

LECCION VI.

GLOSITIS (*γλωσσα*, lengua.)

La inflamacion de la lengua puede ser superficial y profunda ó parenquimatosa; aguda y crónica.

Anatomia patológica. La glositis superficial puede ocupar toda la extension del órgano ó ser circunscrita (*glositis papilar*, de Requin), y en ambos casos la lesion anatómica es comparable á la de la estomatitis eritematosa.—Caractéres propios de la glositis intersticial ó parenquimatosa: período hiperémico, exudativo y supurativo, coleccionado ó difuso; terminaciones por reabsorcion, induracion y ulceracion.—Glositis disecante.

Patogenia y etiología: Causas de accion directa: frio, calor, traumatismos, agentes químicos, sustancias acres, picaduras de insectos. Causas indirectas: estomatitis, enfermedades del aparato digestivo, sífilis, herpetismo, escrofulismo y cancerismo.

Sintomatología: Fenómenos objetivos y subjetivos en consonancia con las lesiones anatómicas y la fisiología-patológica.—Glositis asfixiante.—La glositis crónica rara vez es enfermedad local.

Semeiótica.—Diagnóstico: Es de necesidad absoluta conocer, dada la glositis, cual sea su causa productora.—Pronóstico: se funda en la extension, período y antigüedad del mal y en el conocimiento de sus causas.

Terapéutica: Plan dietético: usos variados de la dieta láctea.—El tratamiento de la glositis superficial no difiere del de la estomatitis simple.—Tratamiento de la glositis parenquimatosa aguda: plan antiflogístico local ó general y sajas profundas á lo largo del órgano; indicaciones de la traquetomia y de los tópicos emolientes y astringentes.—Tratamiento tópico especial en los períodos de supuracion é induracion.—Tratamiento general: varia segun se trate de

la glositis aguda ó de la glositis crónica, y en este último caso varia con la causa.

Gangrena de la boca.—Noma.—Cáncer acuático.—Estomacace gangrenosa, etc.

(Su estudio pertenece al de la patología de los niños).

LECCION VII.

ANGINAS ($\alpha\gamma\chi\omega$, apretar, estrangular).

Las enfermedades, por punto general flegmáticas, que radican en la cámara posterior de la boca, desde el velo palatino á la faringe, llámanse anginas.—Clasificanse las anginas por el sitio que ocupan (a. tonsilar, palatina, gutural, faríngea, etc.); por las lesiones anatómicas que las constituyen (a. catarral, parenquimatosa, diftérica, gangrenosa, etc.); y por las causas que han determinado su desarrollo (a. tífica, variólica, escarlatinosa, cáustica, etc).—Anginas simples; anginas específicas.

A.—Angina catarral.

Puede ser aguda ó crónica; gutural ó faríngea.

Anatomía patológica.—Formas agudas: período hiperémico, exudativo libre é intersticial, supurativo y ulcerativo: los dos últimos constituyen escepcion. Abscesos faríngeos.—Formas crónicas: es característica la exudacion libre en placas, intermediada de ligeras denudaciones epiteliales, la submucosa que produce grandes relieves y depresiones y el movimiento hiperplásico de los pequeños folículos.

Patogenia y etiología: Las grandes diátesis predisponen á sufrir la angina catarral, pero mas que ellas, uno que denominaré hábito morboso en virtud del cual el menor desorden antihigiénico la determina.—Causas atmosféricas y

bromatológicas. Substancias cáusticas.—Enfermedades del aparato digestivo; fiebres eruptivas.

Sintomatología.—Forma aguda: inyeccion escarlatada difusa de la mucosa con puntos y arborizaciones vasculares; ingurgitacion y exudacion libre del órgano; dolor y carácter especial de la deglucion; alteraciones de la voz; síntomas locales y generales concomitantes. *Curso:* de 2 á 7 dias.—Forma crónica (angina folicular): se concentra en la mucosa faríngea, la cual ofrece aumento de coloracion poco uniforme, pues si en algunos puntos dibújase gran inyeccion vascular, en otros una exudacion mucosa adherente forma islotes de mayor blancura; la superficie pierde su lisura, la mucosa forma pliegues de bajo relieve sobre los cuales se destacan puntos salientes á manera de pequeñas pápulas, expresion de la hiperplasia folicular. Alteraciones de la deglucion y de la voz: vómitos matutinos.—Estado moral de los enfermos. *Curso:* la angina folicular crónica dura siempre meses; á veces años.

Terminaciones de las anginas catarrales.

Semeiótica.—Diagnóstico: El conocimiento anatómico es fácil, pero importa distinguir, particularmente en caso de cronicidad, cual es la naturaleza que la afeccion reviste y cual la causa productora.—Pronóstico: Tendencia á las recidivas. Rebeldía que á la terapéutica oponen las anginas catarrales crónicas.—La escuela inglesa ve en la angina catarral crónica el preludio de la tisis.

Terapéutica: Angina catarral aguda: método abortivo (insuflacion de alumbre). Sudoríficos, evacuantes y clorato de potasa. Tópicos emolientes y astringentes; los antiflogísticos tienen dudosa aplicacion.—Tratamiento de los abscesos faríngeos.—Angina catarral crónica: tópicos sólidos, líquidos, pulverulentos ó gaseosos de accion astringente ó substitutiva. Importancia mayor del tratamiento general: azufre, arsénico, iodo, clorato de potasa, balsámicos y resinosos. Uso de las aguas minerales más apropiadas, especialmente sulfurosas, alcalinas y arsenicales.

LECCION VIII.

B.—Angina tonsilar, amigdalitis, esquinancia.

Divisiones en única y doble, aguda y crónica, protopática y deuteropática.

Anatomía patológica: Carácteres propios de los períodos hiperémico, exudativo libre é intersticial, supurativo é indurativo.

Patogenia y etiología: Influencia del hábito morboso. Aire frío y húmedo. Cuerpos irritantes. El catarro gástrico apirético ó febril suéle determinar amigdalitis. Relaciones fisio-patológicas entre el período menstrual y la angina tonsilar. Del escrofulismo, de la sífilis y del herpetismo como causas de angina crónica.

Sintomatología.—Amigdalitis aguda: Aparte de la hiperemia é infiltracion edematosa de las fáuces, las amígdalas inflamadas ofrecen un engrosamiento que alcanza á borrar el istmo de las fáuces, á impedir el movimiento del velo del paladar, y á hacer difícil la circulacion cerebral y la funcion laringea. Carácter del dolor, de la disfagia y de la articulacion de la palabra.—Síntomas generales de reaccion febril, de catarro gástrico, y, en su caso, de hiperemia cerebral ó pulmonar.—Síntomas propios del absceso tonsilar: abertura espontánea del tumor y sitios por donde se fragua. *Curso y terminaciones:* resolucion, supuracion é induracion pasajera ó permanente.—Amigdalitis crónica: Tumor tonsilar, por lo comun doble, con pálido color, indolente, pero con marcada tendencia á la exacerbacion aguda, y que altera la deglucion, la articulacion de la palabra y la respiracion haciéndola insuficiente, lo que en los niños es causa de marcadísima extenuacion.—Sostenida por estados diatésicos, al síndrome anterior acompaña el propio de la morbosidad causal. *Curso y terminaciones.*

Semeiótica: La esquinancia mas intensa rara vez se hace

mortal. — Mas rebelde y grave suele ser la amigdalitis crónica.

Terapéutica: Forma aguda. El método abortivo (insuflación de alumbre) no siempre es seguro. Los gargarismos emolientes, narcóticos y astringentes son por lo menos inútiles en el período fuertemente inflamatorio, no así los últimos en el de declinación. De escasa acción los antiflogísticos directos contra la amigdalitis, pueden cumplir una indicación sintomática contra las hiperemias cerebrales y pulmonales. — Dilatación de los abscesos tonsilares. — Indicación de los sudoríficos, eméticos y purgantes. — Forma crónica: Combatida la causa general fisiológica ó patológica de la angina, se completa el tratamiento con las aplicaciones tópicas de las sustancias astringentes (percloruro de hierro), resolutivas (tintura de iodo) ó substitutivas (plata, cobre, cromo). — Extirpación de las amígdalas.

LECCION IX.

C.--Angina edematosa.

El velo del paladar con sus anejos se presenta pálido ó infiltrado de serosidad. Propágase á veces á la glotis en cuyo caso la gravedad no es poca. — La medicación astringente suele dominarla, y la vomitiva en caso extremo surte buen efecto.

D.--Angina pultácea ó fibrinosa (crupal de los alemanes).

Importa distinguirla de la diftérica que será estudiada en el capítulo correspondiente.

Anatomía patológica: Primitivamente, lesiones propias del estado catarral; mástarde, placas aisladas de un exudado fibro-albuminoso, sin pérdida de substancia subyacente.

Patogenia y etiología: Causas catarrales. Cuerpos irritantes. Influencia de los catarrros agudos del estómago y de las pirexias exantemáticas.

Sintomatología: Aparte de los exudados, poco rebeldes, no difiere esta angina de la catarral simple.

Semeiótica: Difiere esta angina de la diftérica.

Terapéutica. Uso de los sudoríficos, emeto-catárticos y del clorato de potasa. Aplicaciones tópicas de sulfato de cobre y de ácido tánico.

E.—Angina gangrenosa.

Por influencias del ambiente desconocidas ó por efecto de la difteria, de la escarlatina, de la viruela, etc., aparecen placas negras en el fondo de la boca, gangrenanase la úvula y las amígdalas llegando á desprenderse, concéntranse las fuerzas y de ordinario mueren los enfermos, si una reaccion general y local no establece un círculo eliminatorio que detenga la marcha de la necrosis é impida la septicemia.

Una alimentacion nutritiva y todo género de medicaciones tónicas, con tópicos astringentes, cateréticos y antipútridos constituyen el único tratamiento eficaz.

F.—Angina de Ludwig.—Flemon del suelo de la boca.

Anatomía patológica: Hiperemia, exudacion intersticial, supuracion y mortificacion difusa del tejido conjuntivo intermuscular y sub-mucoso de la region submaxilar.—Lesiones periósticas de la mandíbula inferior y de las glándulas salivales.

Etiología: Enfermedades zimóticas. Glositis y parotiditis.

Sintomatología: El aspecto interior de la boca, deforme y tumefacto, la dificultad en la locucion y deglucion, el ptialismo, la formacion de abcesos y escaras gangrenosas, la asfíxia y la fiebre son los síntomas característicos.

Semeiótica: El diagnóstico es inequívoco y la gravedad mucha.

Terapéutica: Es variable, pues si los antiflogísticos locales directos, los emolientes, los evacuantes y las sajas, practicadas con gran cautela, pueden surtir efecto antes de la supuracion y gangrena de los tejidos, la medicacion tónica general y local convendrán en un período de destruccion de la parte, y aun la traqueotomía se aconseja si la asfíxia es inminente.

Anginas herpética, sífilítica y diftérica.
(Véanse las lecciones correspondientes del segundo grupo.)

LECCION X.

ENFERMEDADES DEL EXÓFAGO.
EXOFAGITIS.—DISFAGIA INFLAMATORIA.

Definicion y divisiones en aguda ó crónica.

Anatomía patológica: Hiperemia y tumefaccion de la mucosa. Lesiones foliculares con exudacion libre é intersticial; pústulas, ulceraciones (en la exofagitis tóxica) y absesos: planteada la cronicidad son características las estrecheces y dilataciones.

Patogenia y etiología: Traumatismos; agentes térmicos y químicos. Enfermedades por infeccion. Extasis venosos. Flegmasias de los órganos vecinos.

Sintomatología. Dolor intra-escapular, espontáneo y provocado por la deglucion. Disfagia y mericismo. Fiebre é inquietud.—Signos de supuracion y de perforacion.—Inedia, si la exofagitis se prolonga.

Semeiótica: Diferencias entre la faringitis, laringo-traqueitis y gastritis.—El pronóstico varia con las causas y prolongacion del mal.

Terapéutica: Dieta absoluta primero; dieta líquida despues. Sanguijuelas (sino es tóxica) al nivel del órgano y emolientes locales. Uso interno de emolientes y oleosos (zaragatona, malvabisco y glicerina). Si amenaza la inedia, se sostendrá la alimentacion á favor de sondas.—Exofagotomía: indicaciones, contraindicaciones y valor clínico de este medio.

ESTENOSIS EXOFÁGICA.

Definicion.

Puede ser primitiva ó consecutiva á la exofagitis.

Anatomía patológica.--Forma intrínseca: sitios preferentes de las lesiones. Retraccion por cicatriz. Hipertrofias é hiperplasias del tejido muscular y del conjuntivo en forma anular ó longitudinal. Dilatacion pasiva del exófago por encima de la estrechez.—Forma extrínseca: Neoplasmas peri-exofágicos; lesiones vasculares (aneurisma aórtico).

Patogenia y etiología: No es fácil explicar la causa íntima del movimiento hipertrófico é hiperplásico, pero las teorías de la inflamacion dan la clave de aquel hecho.

Sintomatología: Disfagia en diferentes grados, sólida é hídrica. Mericismo; vómitos. Síntomas nacidos de la compresion del bolo alimenticio sobre los grandes vasos. Inedia; muerte.

Semeiótica.—Diagnóstico: El cateterismo comprueba el sitio y grado de la estrechez.—Pronóstico: La estenosis suele ser mortal en un período difícil de precisar.

Terapéutica: Dieta semi-líquida ó líquida; enemas alimenticios.—Dilatacion gradual por el cateterismo y exofagotomía segun el sitio de la estrechez.—La medicacion farmacológica es ilusoria.

ECTASIA DEL EXÓFAGO.

Definicion y divisiones.

Anatomía patológica: La dilatacion del exófago es total ó parcial. Sitios preferentes. Descripcion del diverticulum exofágico. Lesiones musculares.

Patogenia y etiología: No siempre es conocida la causa íntima. Influencia del catarro crónico y de las estrecheces exofágicas y de diversas gastropatias.

Sintomatología: La de la dilatacion total se desconoce durante la vida. El síndrome de la ectasia circunscrita se confunde con el de las estrecheces.

Semeiótica.

Terapéutica: No la hay positiva.—Nuez vómica. Electroterapia?

EXOFAGISMO.—HIPERKINESIA EXOFÁGICA.

Esta contraccion espasmódica que determina una disfagia

molesta, pero pasagera y que suele recidivar, acostumbra ser síntoma del histerismo. Pero las enfermedades cerebrales y el alcoholismo pueden determinarla, en cuyo caso varía su importancia.

Terapéutica: Narcóticos solanáceos. Valeriana y asafétida. Cloroformo y éther (perlas de Clertan en el recto). Tratamiento general apropiado. Cateterismo?

PARÁLISIS DEL EXÓFAGO.—AKINESIA EXOFÁGICA.

Sintomática de afecciones cerebrales ó de muerte próxima, puede determinar disfagia no dolorosa y no se opone al libre paso de la sonda. El uso de los medicamentos tetánicos, de la electroterapia y, en caso de disfagia, el cateterismo constituyen su terapéutica.

NEOPLASMAS DEL EXÓFAGO.

Su estudio anatómico puede involucrarse en el análogo del estómago y de los intestinos. Su sintomatología puede equipararse al de las estrecheces exofágicas.

LECCION XI.

ENFERMEDADES DEL ESTÓMAGO.

CATARRO GÁSTRICO AGUDO.

Hay un catarro agudo del estómago que no despierta síntomas de reaccion general y otro que por determinarlos puede llamarse catarro febril.—La fiebre gástrica de las piretologías puede incluirse en esta leccion. La fiebre gástrica, como la bronquitis y la pneumonia, es una afeccion local que debe desaparecer de las pirexias. Objeciones que pueden presentarse á esta afirmacion.

Anatomia patológica: Arborizaciones, color y densidad de

la mucosa. Exudacion libre é intersticial. Alteraciones foli-
culares. Exámen del jugo gástrico. Lesiones concomitantes.

Patogenia y etiologia: La indigestion de las sustancias alimenticias determina este catarro (gastricismo).—Influen-
cia del aire frio y húmedo y de la supresion del sudor.—
Constelaciones médicas y atmosféricas, y afectos morales
como causas del catarro gástrico.—Frecuencia con que esta
enfermedad se presenta.—El catarro febril es enfermedad
cíclica? Puede degenerar en fiebre tifóidea? Argumentosen
pró y en contra. Mecanismo de la infeccion consecutiva.

Sintomatología: Catarro gástrico simple: Síntomas de la
lengua, del estómago y de los intestinos. Fenómenos refle-
jos: eclampsia en los niños. Si ha y fiebre cuales son sus ca-
ractéres. *Catarro gástrico febril* (fiebre gástrica): Síntomas
locales: Lengua ancha, húmeda, pálida ó encendida de la
punta y bordes, con una capa de moco blanco ó amarillento
muy extendida, gusto pastoso, inapetencia, náuseas y vó-
mitos (sus caractéres); astriccion de vientre al principio,
diarrea despues; exámen del abdómen. Síntomas generales:
Fiebre continúa, exacerbante, con sus caractéres de inva-
sion, estado y declinacion. Estudios de termometría clínica.
Alteraciones diversas de las secreciones. Cefalalgia y sín-
tomas nerviosos, si existen.

Curso, duracion y terminaciones: Estudio de los septena-
rios y de las crisis: herpes labiales.

Semeiótica.--Diagnóstico: distingase el catarro febril de
la calentura biliosa, de la mucosa, y de la fiebre tifóidea.—
Pronóstico: Si á tiempo se plantea una terapéutica racional,
el resultado suele ser favorable.

Terapéutica: Medicacion expectante y medicacion activa:
cómo influyen en el curso ulterior del mal.—Plan dietético
durante la enfermedad y durante la convalecencia.—Plan
evacuante: á qué eméticos y purgantes se dará la preferen-
cia; oportunidad de su administracion. Plan sudorífico y
casos é indicaciones especiales de su uso. Otras indicacio-
nes.

LECCION XII.

GASTRITIS AGUDA.

Definicion.

Opiniones de Brousseais sobre la gastritis. Algunos clínicos solo admiten la gastritis tóxica.

Divisiones: por la causa y por el número de tejidos atacados.

Anatomía patológica: Período hiperémico; arborizaciones, manchas equimóticas de extensión y formas diversas.—Períodos exudativo, supurativo, ulcerativo y de reblandecimiento. Descripción de las úlceras y de los abscesos.—Examen histológico de los epitelios.—Análisis química de los exudados y de los jugos gástricos en la gastritis tóxica.

Patogenia y etiología: Alimentos y bebidas excitantes. Alcohol y venenos cáusticos irritantes.—Efectos del hambre.—Traumatismo.

Sintomatología: Lengua saburral, afilada, enjuta y con punta y bordes encendidos; sed viva é inapetencia; vómitos de jugos gástricos ácidos ó biliosos y astringencia de vientre; dolor agudo en el epigastrio, pneumatosis gástrica primero, y gastro intestinal despues; fiebre al principio, y fenómenos de concentración más tarde y tendencia á la irradiación cerebral con insomnio y temblores.—Signos de la supuración. Signos de la ulceración.—Gastritis tóxica: Al síndrome anterior se asocian: manchas de los vestidos; aspecto especial de la boca; análisis de los vómitos. Perfrigeración; demudación del semblante y fenómenos nerviosos.

Marcha y terminaciones.

Semeiología: Diagnóstico: distingase la gastritis aguda, de la crónica, del gastricismo, del catarro gástrico agudo y de la gastralgia. Distinganse unas de otras las gastritis

tóxicas más principales.—Pronóstico: se funda en el conocimiento de la intensidad del mal y en el período que ha alcanzado.

Terapéutica.—Dietética: indicaciones de la dieta absoluta, de la feculenta (arrow-root, salep, etc.) y de la láctea.—Farmacológica: indicaciones de los antiflogísticos y emolientes tópicos; uso de los mucilaginosos y de las sustancias oleosas; uso del opio; uso de los vomitivos y de los purgantes.—Tratamiento químico y general de las gastritis tóxicas más principales.

LECCION XIII.

GASTRITIS CRÓNICA.

Dificultades de su definición. Ideas de Broussais.

Divisiones: Gastritis catarral y flemosa; protopática y deuteropática.

Anatomía patológica. La hipertrofia de las paredes del estómago y la disminución total de su cavidad, son sus caracteres típicos.—Grosor y textura histológica de las paredes del estómago. Sitios preferentes y extensión de las lesiones.—Aspecto especial de la mucosa con sus pliegues, mamelones y vellosidades; hipertrofia de los folículos y lesiones pigmentosas apizarradas características. Reblandecimiento de la mucosa, distinguiendo los efectos patológicos de los cadavéricos; abscesos, ulceraciones y perforaciones. Lesiones vasculares. Humores depositados en el estómago y su examen microscópico y químico.

Patogenia y etiología. La gastritis crónica cuando no es tóxica suele ser primitiva. Acción de los alimentos y bebidas excitantes; alcoholismo; efectos del hambre. Agentes tóxicos y traumáticos. Uso de eméticos y drásticos. Enfermedades que producen éxtasis sanguíneo. Influencia de la tuberculosis, del linfatismo, del herpetismo y del cancerismo en su producción.

Sintomatología: Dificultades de su descripción.—Aspecto

especialísimo de la lengua. Síntomas de dispepsia ácida y flatulenta, con vómitos alimenticios, sanguíneos ó glerosos, con su calidad especial y tiempo en que se presentan.—Hematemesis?—Dispepsia intestinal, de ordinario con astringencia tenaz. Exámen de la region epigástrica: sensacion de resistencia al tacto.—Fenómenos subjetivos directos. Estado moral de los enfermos: ideas de Esquirol sobre este punto.—Alteraciones generales de nutricion. Fenómenos febriles consecutivos.

Curso y terminaciones.

Semiótica.—Diagnóstico: Distíngase la gastritis crónica de la gastrálgia, de la dispepsia, de la hiperèmia, de la úlcera del estómago, de la gastro-malacia y del cáncer.—Pronóstico: siempre grave.

Terapéutica.—Entre los medios dietéticos son muy principales la dieta láctea y los vestidos de lana.—Las bases terapéuticas consisten en anestesiar el estómago (ácido carbónico, cinanhídrico, opio); neutralizar la acidez gástrica (alcalinos á fractas dosis); modicar la mucosa (bismuto, calomelanos, nitrato de plata, ipecacuana); combatir la constipacion de vientre (glicerina, maná, enemas), y en activar la circulacion periférica (hydroterapia; revulsivos).—Uso de las aguas minerales alcalinas é indicacion de los principales manantiales del pais (Souzas de Verin, Diezgo, Urbeoraga, S. Hilario Sacalm) y extranjeras (Vichy, Vals, Ems, Bagneres de Bigorre, Eviau, Salzbruun etc.)—Hidroterapia.

SARCINA Ó MERISMOPEDIA VENTRICULI.

Este micrófito suele acompañar las gastritis graves.—Su descripcion.—Influencia de la fermentacion acética.—Ideas de Goodsir, en oposicion á las de Virchow.—Curacion á favor de la leche, la creosota y el ácido fénico.

LECCION XIV.

ÚLCERA CRÓNICA DEL ESTÓMAGO.

ÚLCERA REDONDA PERFORANTE.—ÚLCERA SIMPLE.

ÚLCERA DE ROKITANSKI.

Definicion é idea general.

Anatomía patológica: Figura, extension y sitio de la úlcera ó úlceras del estómago. Los bordes bien limitados con tendencia hemorrágica y sin carácter inflamatorio son característicos de esta úlcera. Diverso aspecto de su fondo segun la profundidad que alcance. La cicatriz es excepcional.—Perforacion.—Adherencias entre el estómago y el peritoneo. Peritonitis por propagacion y tóxica.

Patogenia y etiología: Mejor que el resultado de una supuracion, fórmase esta úlcera por necrosis: desarrollo de esta tésis.—Las diatesis, pirexias é intoxicaciones no la determinan; al contrario, todo embargo de la circulacion gástrica, en limitado círculo, la origina. Mecanismo de este hecho.—La edad madura, el sexo femenino, la cloro-anemia, la tuberculosis y el embolismo favorecen su desarrollo. El alcoholismo la determina?

Sintomatología: A veces la peritonitis tóxica, hija de la perforacion, es su primer síntoma. Mas de ordinario abren la marcha síntomas dispépticos y luego aparecen los característicos: vivo dolor epigástrico y espinal; vómitos alimenticios, mucosos, sanguíneos ó melánicos, y constipacion.—Es constante la remision periódica de los síntomas.—Desnutricion general y aspecto fisico y moral de los enfermos.

Marcha y terminaciones.

Semeiótica:--Diagnóstico. Distíngase la úlcera, de la gastritis crónica, de la estrechez del píloro y del cáncer del estómago.—Pronóstico: esta enfermedad es de curacion difícil, larga y hasta dudosa, pero es susceptible de gran paliacion.

Terapéutica: Dieta láctea; dieta azoada.—Las bases terapéuticas consisten en anestesiar el estómago (ácido carbó-

nico, opio, gotas negras inglesas); en calmar los vómitos (tintura de iodo, creosota); en modificar la úlcera (bismuto, nitrato de plata, carbonatos alcalinos), y en combatir las complicaciones.—Medicacion revulsiva.—Hidroterapia.

LECCION XV.

CÁNCER DEL ESTÓMAGO.

Definicion.

Anatomia patológica: Sitio del proceso y su extension. Forma escirrosa, encefalóidea y colóidea: frecuencia de la primera y rareza de la última. Histología de cada una: tejidos primitiva y consecutivamente invadidos. Descripcion de estos neoplasmas íntegros ó ulcerados. Lesiones vasculares.—Figura del estómago segun el proceso radique en el cardias ó en el piloro. Órganos próximos afectados. Adenopatías.

Patogenia y etiologia: El cáncer es afeccion local? Es un producto heterólogo?—Su mecanismo íntimo se desconoce y son discutibles las leyes de su propagacion.—Influjo de la herencia, del sexo y de la edad en su desarrollo.—Frecuencia de este cáncer. Estadística de Lebert.

Sintomatología. A veces la dispepsia constituye todo el síndrome del cáncer, pero de ordinario los síntomas son característicos: tumor tangible y doloroso, dolor lancinante, vómitos alimenticios (en horas determinadas, pero variables segun el sitio ocupado por el proceso), acafetados, mucoso-ácidos, semipurulentos ó sanguíneos; astricción de vientre; desnutricion. Aspecto general del canceroso. Síntomas finales.

Marcha: La forma encefalóidea es la mas veloz. Aumento progresivo de lesiones. La muerte es la terminacion: mecanismo con que se opera.

Semeiótica.—Diagnóstico: Distíngase el cáncer de la gastritis crónica, de la úlcera y de la estenosis gástrica. Distínganse una de otra las formas admitidas.—El pronóstico es mortal.

Terapéutica: Es sintomática.—Dieta láctea. Narcóticos; anti-eméticos y tónicos.—Cicuta? Arsénico? Condurango?

LECCION XVI.

GASTROMALACIA.

Definición.

Anatomía patológica.—El sitio, la extensión, el aspecto y la histología de la mucosa reblandecida varían según sea la causa productora.

Patogenia y etiología.—Hay un reblandecimiento *inflamatorio* hijo de la gastritis, hay otro *químico* producto de agentes tóxicos y un tercero, *primitivo*, común en niños linfáticos ó sifilíticos. Explicación de su mecanismo.

Sintomatología: Epigastrio abultado, pastoso y sensible á la presión, vómitos alimenticios ó glerosos, ácidos y matutinos. *Sarcina ventriculi*. Inedia.

Curso y terminaciones.

Semeiótica. —Diagnóstico: se hará por exclusión.—Pronóstico: gravísimo.

Terapéutica: Lactancia prolongada; dieta animal.—Carbonatos alcalinos, bismuto, lactato ferroso; cocimientos amargos y tintura de iodo.—Revulsivos.—Hidroterapia: Aguas minerales acidulas (Argenton, St. Galmier) y bicarbonatadas (Boulou, Vals, etc.)

GASTRORRAGIA.

Definición de la gastrorragia, de la hematemesis y de la melena.

Patogenia y etiología. La gastrorragia suele ser un síntoma de gastritis tóxica ó crónica; de úlcera y cáncer del estómago; de obstrucciones hepato-esplénicas y de la vena porta; del escorbuto; del tifus y de la supresión menstrual ó de otros flujos.

Sintomatología: A más del síndrome de la enfermedad causal, hay plenitud penosa del estómago y vómitos de sangre de color y densidad variables. Pueden faltar los vómitos, ya por reabsorción de la sangre derramada, ya por expulsión intestinal. Hemorragia interna. Anemia consecutiva que puede llegar á determinar la muerte.

Semeiótica.—Diagnóstico: preciso es conocer la naturaleza intrínseca de la gastrorragia y además distinguirla de la epistaxis copiosa, cuya sangre ha sido ingerida, y de la hemoptisis.—Pronóstico: fúndase en el estudio de las causas y en el de la cantidad de sangre derramada.

Terapéutica: Hielo *intus et extra*, bismuto á alta dosis; astringentes vegetales y minerales.—Cohibida la hemorragia debe plantearse un tratamiento causal.

LECCION XVII.

GASTRORREA.

Definición.

Raras veces constituye entidad patológica; con todo hay una gastrorrea llamada nerviosa, hija de un movimiento hiperémico, que constituye enfermedad ideopática. La sintomática lo es del nervosismo crónico, del embarazo, de la gastritis crónica, de la úlcera del estómago, de los parásitos gástricos, etc., etc.

Anatomía y Fisiología patológica.

Sintomatología y Semeiótica.

Terapéutica: Dietética.—Indicaciones del ópio, de los eméticos, de los tónicos y de los astringentes.

DISPEPSIAS GÁSTRICAS.

Notable importancia de este estudio que por sí solo demuestra todo el valor de la fisiología patológica.—Ojeada á

la bibliografía.--Las dispepsias desaparecerán de nosología con los progresos de la anatomía patológica.

Definicion y límites precisos de este estudio.

Patogenia y clasificacion de las dispepsias.--El conocimiento de las dispepsias gástricas descansa en el de la fisiología normal de la digestion. Para una digestion normal son precisos seis factores: buena masticacion; un jugo que actúe sobre el bolo alimenticio; un humor que lubrifique las paredes gástricas; una atmósfera gaseosa; movimientos viscerales y circulacion é inervacion perfectas. La perturbacion de uno de estos basta á originar una dispepsia.--Surgen naturalmente de estos hechos la *dispepsia atónica* ó *simple*, la *dispepsia química*, por exceso ó por defecto de ácidos, de pepsina etc., la *mucosa* ó *gastrorréica*, la *flatulenta*, la *convulsiva* y la *paralítica*, la *congestiva* y la *nerviosa* ó *gastrálgica*. Conocida la solidaridad entre el encéfalo y el estómago se comprende otra dispepsia: la *vertiginosa*. Dada una dispepsia, no todas las sustancias ingeridas se digieren con igual facilidad: de aquí las *dispepsias hidrica, feculenta, grasosa* y *azouda*; rarísima esta, muy frecuente la segunda. Empero, nada más caprichoso que estas gastropatías. Dispepsias proto y deuteropáticas.

Etiología: Influencia de la edad, sexo, temperamento, régimen de vida y profesion. Influencia de los climas. Enfermedades de la boca, del estómago, del hígado, del bazo, del corazon, del pulmon, del útero, y nervosismo como causas de dispepsia. Diatesis herpética y artrítica.

LECCION XVIII.

A.--Dispepsia simple.

El síndrome comienza despues de una ó de todas las comidas.--Sensacion de plenitud gástrica, eructos inodoros, constipacion, bostezos, cefalálgia y somnolencia y aun vér-

tigos y fiebre.--Duracion de estos síntomas y periodicidad con que se presentán.

B.--Dispepsia química, ácida.

Comun en los aficionados al alcohol.--Análisis de los jugos del estómago.

Sintomatología: Agréganse al síndrome de la dispepsia simple, la pirosis, los eructos ácidos y fétidos y el gusto ágrío de boca.

C.--Dispepsia química por defecto de jugo gástrico,

Confúndese su síndrome con el de la dispepsia simple.

D.--Dispepsia mucosa ó gastrorréica.

Originala el exceso de secrecion del moco lubricador del estómago. Los caractéres de la dispepsia simple y los del catarro crónico del estómago constituyen su síndrome.--Lengua saburral, vómitos matutinos, glerosos, y vómitos alimenticios.

E.--Dispepsia flatulenta.

Comun en el nervosismo y en los dados á alimentacion feculenta. Consiste en el exceso de gases, producto del trabajo digestivo y de una secrecion anormal; de ahí, que los eructos y flatulencias inodoros y la tension gástrica sean sus caractéres típicos.--Gran astriccion de vientre.

F.--Dispepsia convulsiva.

Explicase por la hiperkinesia gástrica, que si es débil, motiva la *rumiacion*, y si enérgica el llamado *vómito dispéptico*; de ahí la anemia que le subsigue.--Del embarazo como causa de esta dispepsia: de no ser esta la causa, es una enfermedad que hace sospechar algo más que una digestion pervertida.--Relaciones de esta dispepsia con los neoplasmas y estenosis gástricos.

G.--Dispepsia paralítica.

Falto el estómago de resorte contráctil, se estaciona largas horas el bolo alimenticio, hasta que ó desciende al intestino ó es expulsado por regurgitacion.

H.--Dispepsia mecánica ó congestiva.

Nace de un vicio de circulacion. Toda enfermedad protopática ó deuteropática que produce congestion gástrica es causa de esta dispepsia.--La sensacion de plenitud del estómago despues de comer, el ardor y la acidez unidos á los

fenómenos propios de la enfermedad causal constituyen el síndrome.

I.—Dispepsia nerviosa ô gastràlgica.

Perturbado el funcionalismo propio del estómago por causas físicas ó somáticas, nace una dispepsia flatulenta que se acompaña de neuràlgia. (Véase la gastràlgia).

J.—Dispepsia vertiginosa.—(*vertigo a estomaco læso*).

A los síntomas de alguna de las dispepsias anteriores únanse los cerebrales, como vértigos (*titubans, tenebrosa ô caduca*), alucinaciones y depresion moral, y queda retratada esta forma de digestion difícil.

K.—Dispepsias hídrica, feculenta, grasosa y azoada.

Su descripción.

Marcha de las dispepsias.—Larga siempre y sujeta á intermitencias.—Gastropatías y neuropatías á que conduce la dispepsia.

Semeiòtica.—Diagnóstico: Descansa en el hecho de ir enlazada la dispepsia con el trabajo digestivo. Distíngase la forma que reviste y sépase cuales son los alimentos peor digeridos. En qué se diferencia de la gastralgia, de la gastritis, de la úlcera y del cáncer del estómago.—Pronóstico general y de cada una de las formas estudiadas.

LECCION XIX.

Terapéutica general de las dispepsias.—Remuévanse ante todo las causas (mala dentadura, afecciones uterinas, gota, herpetismo, clorosis, etc.)—Dietética: Regularizacion de las horas de las comidas; alimentacion variada; limitacion de los alimentos grasos y feculentos; determinacion de la cantidad y calidad de las bebidas; ejercicio pausado despues de comer; efectos favorables del canto llano; gimnasia. Estudios de Brown-Sèquard sobre esta materia (comidas repeti-

das).—La hidroterapia es el gran agente curativo de las dispepsias.

Terapéutica especial:

a.--Dispepsia simple.

Excitantes: cerveza, alcohol, ajenjos. vermouth, Char treuse, agua de Seltz; pimienta negra, mostaza blanca, nuez vómica (gotas amargas de B.), ruibarbo, chiraita, falsa angostura, etc., etc.--Ácido clorhídrico.--Lactato de hierro.--Pepsina (jarabe de Besson, licor de Corvisart).--Aguas minero-medicinales ferruginosas, alcalinas y acidulas.

b.--Dispepsia química, ácida.

Proscripcion de la leche y de los ácidos. Uso de carnes y legumbres.--Ópio (gotas negras inglesas) y bismuto antes de las comidas; alcalinos durante la digestion.

c.--Dispepsia por defecto de jugo gástrico.

Ácidos clorhídrico y láctico. Pepsina.

d.--Dispepsia mucosa ó gastrorréica.

Nuez vómica, colombo, euasia, ácido clorhídrico, bismuto, creosota, óxido de zinc.—Calomelanos?

e.--Dispepsia flatulenta.

Proscripcion de legumbres, sustancias feculentas y aguas carbónicas. Utilidad del pan de glúten y del azúcar de caña.--Narcóticos antes de las comidas; absorbentes durante la digestion (creta, óxido de magnesio, crema de bismuto, carbon de álamo.)

f.--Dispepsia convulsiva.

Varias comidas al día, pero ligeras. Anestesiarse el estómago antes de las comidas, (agua carbónica, pocion de Riverio, opio, morfina, codeina).—Antiespasmódicos.—Uso del aguardiente y tintura de iodo.—Vejigatorio sobre el epigástrico.--Aguas minero-medicinales acidulas.

g.--Dispepsia paralítica.

Uso del alcohol (vino de quina, licor de los holandeses), de los amargos, de las bebidas teiformes. Corrientes farádicas y demás excitantes musculares.

h.--Dispepsia mecánica ó congestiva.

Combatida la causa y regularizada la circulacion abdominal, úsese una terapéutica en armonía con la forma especial que revista.

i.--Dispepsia nerviosa.

Narcóticos, ferruginosos; hidroterapia (véase: tratamiento de la gastrálgia.)

j.--Dispepsia vertiginosa.

Alcalinos, sustancias amargas y purgantes. Aguas minerales de Ribas (Cataluña), Loeches (Castilla) y Carlsbad (Bohemia).

k.--Dispepsia feculenta.

Tratamiento en un todo idéntico al de la dispepsia simple, con excepcion del ácido carbónico. Proscripcion de las féculas. Uso de la diástasa.

l.--Dispepsia grasosa.

Proscripcion de grasas y aceites. Uso de la pancreatina y de la bÍlis de buey.

m.--Dispepsia azoada.

Idéntico tratamiento que el propuesto para la dispepsia simple. Uso de carnes blancas y de la pepsina.

n.--Dispepsia hídrica.

Disminuir la cantidad de bebidas. Uso del ópio y de la nuez vómica antes de las comidas.

LECCION XX.

GASTRALGIA.—CARDIALGIA.—GASTRODÍNEA.

Significado de estas palabras.

Patogenia: Existe con independencia del trabajo digestivo. Papel que desempeñan el neumogástrico y el plexo celiaco en la produccion de la gastralgia. Estudios de Romberg sobre esta materia. Habida razon del enlace entre los filetes sensitivos y los motores, explíquense los fenómenos dolorosos y convulsivos directos y reflejos de la gastralgia. La gastralgia no siempre perturba la digestion.

Etiología: Influencia de las condiciones individuales, de los desarreglos en el régimen, de los abusos venéreos, de las

afecciones morales, de la cloro anemia, del herpetismo y del artrismo en su desarrollo.

Sintomatología.—Gastralgia intensa y periódica. Gastralgia pasajera con relacion dispéptica. Gastralgia fija y continúa.—Caractéres del dolor; sitio, irradiaciones y modificaciones que experimenta á la compresion digital y á la manual.—Aspecto de la lengua; pneumatosis, vómitos.—La astrictcion de vientre habitual puede ser sustituida por diarrea durante la crisis de dolor. Análisis de la orina durante el acceso y despues de él.—Actitudes del enfermo, aspecto del rostro y estudio esfigmográfico.—Invasion, duracion y terminacion de los accesos.—Síntomas consecutivos. Síntomas accidentales: bulimia, anorexia, pica y malacia, hemicránea, constipacion de vientre en los períodos de calma.

Marcha y terminaciones.

Semeiótica.—Diagnóstico: Establézcase entre ella y las otras gastropatías, el cólico hepático, las neuralgias abdominales y los envenenamientos.—Pronóstico: La gastralgia simple es más enfermedad molesta que grave, pero es ocasionada á recidivas y de curacion tardía.

Terapéutica.—No hay afeccion más caprichosa que la gastralgia: es la locura del estómago.—Dietética: Gimnasia é hidroterapia. Alimentos azoados, cerveza y bebidas aromáticas ligeras. ¿Es útil el alcohol? Proscripcion del café.—Farmacología: Durante el acceso, narcóticos de todas clases, pero la morfina con preferencia. Anestésicos en inhalacion. Revulsivos y tópicos calmantes.— Los accesos previénense, removidas las causas, con la continuacion de los narcóticos, de los marciales, arsenicales y alcalinos. No se olvide que las aguas bicarbonatadas agravan el sufrimiento usadas á raíz de los accesos.—Indicaciones de la quinina.