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.

Cuaderno 9.º

MADRID.—1870.

IMPRENTA DE SANTOS LARXÉ,

calle del Rio, núm. 24, entresuelo.

nes, á la vez que sustancias no digeridas y muy poco modificadas (diarrea serosa). El color de las cámaras líquidas, ordinariamente es verde con distintos matices; este color no depende, de que la cantidad de bilis vertida en el intestino sea mayor, sino únicamente de que ha sido evacuada antes de sufrir sus trasformaciones normales, con el líquido y la capa epitelial del intestino. Cuanto más abundante es la trasudacion, más pálidas son las deposiciones, no bastando la bilis para darlas color. En las deyecciones catarrales apenas se encuentran señales de albúmina; pero muy frecuentemente se ven cristales de fosfato amónico magnésico, cuya presencia se ha considerado durante algun tiempo, como característica para las cámaras tíficas; en fin, por lo comun se observan abundantes cantidades de cloruro de sodio. Generalmente, y despues que la diarrea ha durado uno ó varios dias, recobran los alimentos el curso de sus trasformaciones normales; se hacen más raras las evacuaciones, y adquieren de nuevo su color y olor estercoráceo. Entonces generalmente sigue á la diarrea un estreñimiento más ó ménos tenaz.

En otros casos se unen á la diarrea *dolores más ó ménos sensibles*. Estos afectan la forma de punzadas, repetidas periódicamente, ó de cólicos, en medio de los cuales se pone algunas veces el enfermo notablemente pálido y frio, sobre todo cuando los dolores se hacen muy intensos. Estos cólicos cesan comunmente cuando se produce ó prepara una nueva deposicion. Se observa mucho más rara vez que estos accesos dolorosos, una sensacion contínua de presion y de dislaceracion en el vientre, y sensibilidad del abdómen á la presion.—Los dolores contínuos no adquieren gran intensidad, sino en los casos raros en que un catarro agudo del intestino se une á una quemadura reciente de la piel. Esta particularidad, y la presencia de sangre en las deyecciones, distingue esta forma del catarro intestinal de todas las demás.

Muy á menudo presenta el abdómen en el catarro agudo del intestino, un grado ligero de meteorismo, expulsando al

mismo tiempo que las cámaras, grandes cantidades de gases muy fétidos. El *desarrollo de gases intestinales* no puede considerarse como un síntoma ó consecuencia del catarro intestinal agudo, mientras este último se encuentre en el período de trasudacion superabundante y de aceleracion de los movimientos peristálticos; depende entonces más bien de la causa que ocasiona el catarro mismo, es decir, del paso al intestino de las materias no digeridas y en vias de descomposicion.

En fin, no es raro que el catarro agudo del intestino vaya acompañado de *fenómenos febriles*. Si se ha desarrollado á causa de un enfriamiento, ordinariamente presenta la fiebre los caractéres de la fiebre catarral; en otros casos es más violenta, y entonces se producen, sobre todo cuando al mismo tiempo ha sido atacado el intestino, los cuadros morbosos de la fiebre gástrica, de la fiebre mucosa ó de la biliosa, de los cuales nos ocuparemos más adelante.

El catarro agudo del intestino sigue la marcha que acabamos de describir, cuando se ha extendido á una gran superficie, ó reside, como ordinariamente sucede, *en la parte inferior del ileon y del colon*. Los catarros del *duodeno* acompañan muchas veces á los del estómago; pero no se les puede diagnosticar sino cuando se trasmiten al conducto coledoco, y ocasionan de este modo un éxtasis biliar é ictericia; en todos los demás casos modifican muy poco el cuadro del catarro del estómago, para poder ser reconocidos.

Los catarros del *intestino delgado*, pueden existir sin diarrea, cuando el contenido líquido de este conducto permanece por más ó ménos tiempo en el intestino grueso, donde se condensa por la reabsorcion de las partes acuosas. Por consiguiente, si á los síntomas de un catarro del estómago se unen fuertes zurridos, lo cual indica siempre que hay en el intestino gases y líquidos, agitados en sentido distinto, pero falta la diarrea, puede admitirse que el catarro del estómago ha invadido al intestino delgado, pero ha respetado al grueso.

Los catarros de la *parte inferior del colon y del recto*, pueden muy bien existir sin participacion de las otras porciones del conducto intestinal. La gran intensidad de la inflamacion, que muchas veces presenta transiciones de la forma catarral á la diftérica (véase el párrafo II), da á la enfermedad un sello especial. Las cámaras son precedidas, como en la disentería, de punzadas muy dolorosas en el vientre, las cuales se extienden desde el ombligo al sacro. Estas punzadas van seguidas de contracciones espasmódicas, del esfinter, y de una sensacion de quemadura insoportable en el ano; en fin, en medio de pujos violentos, se verifica la expulsion de cantidades más ó ménos considerables de una mucosidad blanca glerosa, mezclada muchas veces con sangre. Ordinariamente van seguidas estas evacuaciones de un alivio, que dura á veces una hora y otras ménos; despues, al cabo de este tiempo, se reproducen estos mismos accidentes. De vez en cuando arroja el enfermo excrementos duros, y entonces reposa por más tiempo. Sometidos á un tratamiento racional, es decir, expulsando á tiempo las materias fecales retenidas en el intestino, y que han provocado y sostenido la enfermedad, se termina por una pronta curacion la *disenteria catarral* (que es el nombre más oportuno para esta forma de catarro intestinal). Tratada de un modo irracional, puede prolongarse y ocasionar úlceras foliculares.

En fin, en el caso en que el catarro agudo se limita al *recto*, tambien se reproducen á cada instante las evacuaciones, arroja el enfermo mucosidades puras ó mezcladas con sangre, sin señales de materias fecales; pero no siente en el vientre esos dolores característicos que preceden á las deposiciones en la disentería catarral.

El *catarro crónico del intestino* rara vez da lugar en los adultos á una trasudacion serosa muy abundante; por lo comun, la secrecion de la mucosa intestinal es escasa, y su producto bastante denso. Esta es la razon por qué la diarrea acompaña rara vez, y sólo de un modo pasajero, al catarro cró-

nico del intestino en los adultos, que son más bien atacados de estreñimiento. La capa de mucosidades viscosas que cubre la superficie interna del intestino, impide la reabsorcion y perturba la nutricion; los enfermos pierden las fuerzas, enflaquecen y toman un tinte pálido y terroso. Pero además, las mucosidades encerradas en el intestino, obran á manera de un fermento sobre el resto de su contenido, y provocando su descomposicion anormal, dan lugar al desprendimiento de muchos gases, que distienden el intestino y ocasionan grandes molestias; así, está el vientre tenso, el diafragma rechazado, dificultada la respiracion y la compresion de los vasos arteriales, determina fluxiones en otros órganos, especialmente en el cerebro. La expulsion de ventosidades es siempre para estos enfermos un suceso importante, del cual se alegran mucho. A la constipacion habitual, al trastorno de la nutricion y á la flatulencia con sus resultados, se une casi siempre un cambio de carácter, sobreviniendo una tristeza análoga á la que dimos á conocer entre los síntomas del catarro crónico del estómago. Los enfermos se ocupan exclusivamente de su estado físico, y no se interesan por nada más, ó se abandonan á un desaliento general, ó á una verdadera desesperacion. Un hecho digno de notarse, es que en la autopsia de individuos atacados de locura triste, ó de individuos suicidados, se ha encontrado con extraordinaria frecuencia flexiones y dislocaciones del intestino, causa tan comun del catarro crónico intestinal. La constipacion habitual se interrumpe á veces momentáneamente, por violentos cólicos y una diarrea intercurrente, que da salida á abundantes mucosidades y materias fecales muy fétidas. Como este accidente frecuentemente tiene lugar sin causa exterior apreciable, parece que la descomposicion del contenido del intestino suministra de vez en cuando productos que tienen una accion muy ofensiva é irritante sobre la mucosa, y trasforman de este modo el catarro crónico en agudo.—Los catarros crónicos que siguen esta marcha, son muy comunes y deben contarse como una de las enfermedades más frecuentes, molestas y tenaces. Muchos enfer-

mos, al ver la ineficacia de las prescripciones médicas, pierden toda su confianza en el médico, y ó bien se entregan en manos de los charlatanes, ó se tratan con la medicina de Leroy, las píldoras de Mórrison, de Strahl y otros remedios secretos. Más adelante veremos que estos medicamentos deben á la multiplicidad misma de sustancias purgantes que entran en su composicion, una accion evidentemente favorable sobre los tormentos que acompañan al catarro intestinal crónico, y que su reputacion de panaceas universales, solo se apoya sobre la gran frecuencia de esta enfermedad.

Algunas veces, es cierto, es acompañado el catarro crónico del intestino de una hipersecrecion de la mucosa y la aceleracion de los movimientos peristálticos, afectando entonces el carácter de una diarrea crónica. Estos casos, sin embargo, son bastante raros en los adultos; toda diarrea que dure semanas ó meses, debe siempre hacernos sospechar la existencia de lesiones intestinales más profundas, y sólo en el caso en que pueden excluirse estas, nos está permitido considerar un simple catarro del intestino como causa de una diarrea crónica. Las deyecciones consisten en estos casos, en abundantes mucosidades glerosas ó puriformes, mezcladas unas veces con materias fecales reblandecidas, y otras, cuando el catarro ocupa una extensa superficie, con restos de alimentos no digeridos (diarrea lientérica). Si en unas épocas sólo arrojan los indivíduos mucosidades incoloras ó líquidos puriformes, y en otras, masas duras, nos está permitido concluir que la enfermedad reside en la region inferior del colon, y que el catarro amenaza producir úlceras foliculares. Algunas veces cesa la diarrea por algunos dias, y da lugar á la constipacion, reapareciendo en seguida con nueva intensidad. Hay casos en que los enfermos mueren aniquilados por la diarrea crónica; sin embargo, entonces ordinariamente se encuentran otros estados consecutivos, ó lesiones intestinales de otro género, que han contribuido á ocasionar la muerte del enfermo.

Sucede una cosa muy distinta en el *catarro intestinal cróni-*

co de los niños. Este último afecta casi siempre la forma de una diarrea tenaz y estenuante, debiendo, por lo tanto, guardarnos de asegurar, á la vista sólo de esta diarrea, la existencia de una tuberculosis intestinal ó mesentérica, ó simplemente la de úlceras catarrales. En el intestino de la mayor parte de los niños que sucumben á una diarrea crónica, que con tanta frecuencia se atribuye á «gánglios abdominales,» término vago é inconveniente, no se encuentra en la autopsia más que las lesiones del catarro crónico intestinal, tan fáciles de desconocer. Por lo comun se presenta este catarro en los niños hácia el fin del primer año, poco tiempo despues del destete (*diarrea ablactatorum*). Al principio son las deyecciones mucosas y poco abundantes, presentando un color verdoso ya inmediatamente despues de ser expulsadas, ó despues de un tiempo más ó ménos largo. Este color depende de una mezcla con bilis no descompuesta, y la sobreoxidacion de la materia colorante todavía intacta, de este líquido. Más tarde ordinariamente se hacen las deyecciones muy copiosas, acuosas, de color algunas veces térreo, muy fétidas, y están mezcladas con alimentos sin digerir. Esta diarrea molesta muy poco al principio á los niños, hasta entonces robustos y bien alimentados; pero por una deplorable preocupacion se tiende á considerarla como un fenómeno saludable, que preserva á los niños de las convulsiones dentarias, no debiendo, por lo tanto, combatirse; se espera, pues, para recurrir al médico, á que el niño se haya puesto flaco y débil, y entonces muchas veces es difícil triunfar de la enfermedad; la diarrea persiste, enflaquecen cada vez más los niños, y muchos de ellos mueren en el segundo año á las consecuencias del catarro crónico del intestino.—En los niños puestos en ama se declara este catarro, por lo general, más pronto, y sigue una marcha mucho más rápida.—Las madres de algunos de estos niños, hasta entonces frescos y sonrosados, y cuyo buen aspecto es la mejor garantía que puede ofrecer á las personas que necesitan una nodriza, aceptan muchas veces este cargo seis ú ocho semanas despues de parir;

entregan su hijo á alguna vieja que le alimenta con mala leche, sopas mal preparadas, y le ponen en la boca una rodaja ó una corteza de pan, para impedirle que grite mucho en los intervalos; muy pronto se presenta la diarrea, el enflaquecimiento aumenta rápidamente, y se eleva en poco tiempo á un grado extremo; la grasa y los músculos desaparecen, la cara se arruga y se asemeja muy pronto á la de un viejo, la piel flácida flota al rededor de sus piernas como un pantalon demasiado ancho, se escorian las márgenes del ano, y se cubre de muguet la mucosa bucal. Mientras que el niño extraño prospera en el pecho de la nodriza, el suyo propio muere miserablemente al tercero ó cuarto mes de su existencia. En las grandas poblaciones, las mujeres que reciben á criar estos niños entierran regularmente tres, cuatro y aun más por año. En estos casos, tampoco se encuentran en la autopsia, por lo general, más que los signos de una consuncion extrema, y las lesiones poco perceptibles de un catarro crónico del intestino. Este último puede de hecho considerarse en la diarrea debida al destete, como una série de catarros agudos repetidos diariamente, cuyas repeticiones son debidas al paso al intestino de materiales no digeridos y en vias de descomposicion.

Entre las inflamaciones catarrales intensas que ocasionan la ulceracion de la mucosa, y muchas veces de toda la pared intestinal, describiremos primeramente la forma más comun, ó sea la *tiflitis*, ó como ordinariamente se dice, la *tiflitis estercorácea*. La enfermedad es algunas veces precedida de prodromos, es decir, que antes de desarrollarse la inflamacion intensa que llamamos tiflitis, provocan cólicos y repetidos catarros intestinales las materias fecales acumuladas en el colon ascendente y en el ciego, lo cual hace que los enfermos acusen de vez en cuando dolores en el vientre, y sufran alternativamente de estreñimiento y diarrea. En otros casos, faltan los prodromos, y la primera retencion de materias fecales en el ciego ó en el colon ascendente, basta ya para producir la inflamacion intensa y ulceracion de la pared intestinal. Una vez pro-

ducido este estado, pierde la túnica musculosa la facultad de contraerse, y se verifica con tanta dificultad la progresion de las materias intestinales, como en los casos de estrechez y obliteracion de los intestinos. Es muy cierto que de vez en cuando se escapan por el ano, materias mucosas y moco-sanguinolentas, procedentes de un catarro de la parte inferior del intestino grueso; pero falta la defecacion propiamente dicha. El contenido del intestino delgado, que no encuentra salida por la parte inferior, es empujado hácia arriba por la contraccion de los músculos intestinales; en una palabra, se producen movimientos antiperistálticos. Llegados los materiales al estómago, determinan en él una viva irritacion, y provocan náuseas y vómitos, que arrojan, primero los alimentos, más tarde materias verdes, amargas y biliosas, y en fin, en casos más raros, un líquido morenuzco, de un sabor repugnante y un olor estercoráceo *(ileus, miserere)*. Los síntomas que acabamos de describir, dan á conocer con toda seguridad, que se ha producido en alguna parte un obstáculo al paso de las materias intestinales; en los casos raros en que son débiles los dolores en la fosa iliaca derecha, y en que es imposible apreciar en esta la existencia de un tumor, puede dudarse de la naturaleza del obstáculo; pero por lo comun va acompañada la constipacion de dolores vivos, y de la formacion de un tumor característico, que unido á los dolores, no deja subsistir ninguna duda. Los dolores ocupan la fosa iliaca derecha, y dan, no solamente lugar á exacerbaciones espontáneas, por intervalos más ó ménos largos, durante los cuales no son tan intensos, sino que basta tambien la más ligera presion sobre dicho lado, ó el más ligero movimiento, para exasperarlos. A la palpacion, cosa que temen mucho los enfermos, se percibe un tumor cilíndrico, que se extiende desde la fosa iliaca derecha al reborde de las costillas. Este tumor representa tan exactamente, por su forma y situacion, el ciego y el colon ascendente, que es fácil comprender su significacion.

Cuando la enfermedad debe terminarse felizmente, se nota

algun alivio en este último período; se repiten muchas cámaras, que dan salida á abundantes materias fecales de un olor sumamente fétido, acompañadas de dolores punzantes en el abdómen; desaparece el vómito, disminuye el tumor, disipándose lentamente, á causa de que sólo en parte le forma el contenido de los intestinos, contribuyendo á ello tambien el engrosamiento de las paredes intestinales. No siempre la enfermedad sigue una marcha tan favorable; por el contrario, en la mayor parte de los casos se extiende la inflamacion desde la túnica serosa del ciego y colon ascendente, al peritoneo que tapiza las asas vecinas del intestino y la pared abdominal, y al tejido conjuntivo que une al colon ascendente, con la fascia iliaca. La extension de la peritonitis hace más difusos los dolores del abdómen, pierde el tumor su forma cilíndrica, se hace más ancho, y la *peritiflitis*, como se llama á la inflamacion del tejido conjuntivo situado por detrás del colon ascendente, da orígen á dolores ó á una sensacion de embotamiento en la pierna derecha; los músculos iliaco y psoas se infiltran de serosidad, y no pueden ya contraerse, lo cual hace que el enfermo no pueda levantar la pierna por medio de su contraccion En estos casos, está generalmente el enfermo echado sobre el lado derecho, ligeramente inclinado el cuerpo hácia adelante, y teme el menor cambio de posicion, puesto que en la que ha tomado, los músculos abdominales por una parte, y el psoas iliaco por otra, están lo más relajados posible.—No es raro que, llegada á este punto la enfermedad, haya adquirido su punto culminante y pase lentamente á la convalecencia. A la vez que la tiflitis, desaparecen los fenómenos secundarios, y principian á reabsorberse lentamente las exudaciones. En estos casos ceden poco á poco los dolores del vientre; el tumor que habia ido avanzando hácia la línea media, se hace más estrecho, y termina por disiparse del todo. Del mismo modo desaparecen los dolores y el embotamiento de la pierna derecha, vuelve á contraerse de nuevo el psoas iliaco, y levanta á su voluntad el enfermo la pierna.—En los casos desgraciados, se extiende la in-

flamacion poco á poco á todo el peritoneo, ó bien el derrame, si está enquistado, en vez de reabsorberse, sostiene una peritonitis crónica, y sucumbe el enfermo á la fiebre lenta que acompaña á esta última. En fin, pueden ulcerarse lentamente las paredes que rodean al derrame enquistado, producirse perforaciones, ya al exterior, ya en las asas intestinales inmediatas, ó ya en otros órganos, condiciones sobre las cuales insistiremos más, cuando tratemos de la peritonitis. Las malas terminaciones de esta, sobre todo su rápida extension á todo el peritoneo, deben hacernos sospechar la existencia de una perforacion del ciego por los progresos de la ulceracion; sin embargo, la perforacion es bastante rara en esta forma, y rara vez permite diagnosticarse con seguridad durante la vida. Las terminaciones de la peritiflitis, son muy varias cuando ésta pasa á la supuracion, y se forman trayectos fistulosos (véase el capítulo VI).

La *ulceracion del apéndice vermicular*, comunmente es acompañada, es cierto, de ligeros dolores en la fosa iliaca derecha; pero estos son de ordinario tan poco intensos, que nunca es posible, por decirlo así, atribuirles ningun valor. Sólo despues que la ulceracion ha atacado el peritoneo, ó este se destruye, es cuando se reconoce la enfermedad por los sabidos síntomas de la peritonitis parcial, ó bien por los de la peritiflitis. Es cierto que no podrá decirse si las inflamaciones consecutivas parten del ciego ó del apéndice vermicular, si la falta de prodromos, estreñimiento y de vómitos, y ante todo la ausencia del tumor característico, no nos suministran suficientes datos para ello. Cuando nos encontramos en presencia de un enfermo en quien á causa de una peritiflitis avanzada, se ha desarrollado una peritonitis extensa ó trayectos fistulosos, y el cual sólo nos da datos incompletos sobre el orígen de su enfermedad, es imposible distinguir ambas enfermedades entre sí.— Si bien la peritonitis y peritiflitis consecutivas á la perforacion del apéndice vermicular, dependen en la mayor parte de los casos de la perforacion de este apéndice, y derrame de las mate-

rias que contiene, pueden, no obstante, seguir estas enfermedades la marcha favorable que anteriormente hemos descrito. Esto es más comun en los casos en que la perforacion ha sido progresiva y han tenido tiempo los intestinos para contraer adherencias con las partes circunvecinas, de suerte que el resto del peritoneo ha quedado preservado del contacto de las materias derramadas. En algunos casos raros, puede formarse, finalmente, una adherencia muy sólida, quedando en cerradas en un quiste de paredes callosas, el pus y las materias derramadas; ó bien puede abrirse al exterior la coleccion, al mismo tiempo que se cierra por tejido cicatricial la solucion de continuidad del apéndice vermicular, lo cual impide la produccion de nuevos derrames.

Es raro se presenten inflamaciones intensas y ulceraciones de los intestinos en otros puntos que los que hemos citado, si bien algunas veces se les observa en el colon trasverso y en la S iliaca. Los síntomas son parecidos á los de la tiflitis, y consisten en una constipacion tenaz, en la percepcion de dolores en una parte limitada del vientre, y la aparicion del tumor característico. De esto, rara vez resulta una peritonitis difusa, porque en estos puntos es más fácil disipar el acumulo de materias fecales, y detener así el proceso inflamatorio.

Las *úlceras foliculares del intestino*, se observan principalmente en los indivíduos caquéticos. Los síntomas son al principio los de un catarro del intestino grueso, prolongado; pero en seguida se nota en las materias blancas mucosas y trasparentes, cuya expulsion va precedida de cólicos ligeros y acompañada de algo de tenesmo, pequeños cuerpos semitrasparentes, análogos á granos de sagú, hinchados, y que indican que el catarro ha invadido los folículos. De vez en cuando se expulsan excrementos, á los cuales se adhieren una mucosidad blanca ó sanguinolenta, y los granitos que acabamos de citar. Las mucosidades van siendo despues cada vez más opacas, más líquidas y amarillentas, y análogas al pus, desarrollándose de este modo aquella forma de diarrea á que antes se daba el nombre de

flujo celiaco ó diarrea quilosa. Tambien en este período pueden alternar las cámaras de color y consistencia normales con deposiciones líquidas. Si las úlceras foliculares llegan á cicatrizar, casi siempre quedan estrecheces cicatriciales, que dan lugar á constipaciones tenaces, flatulencia, y á los síntomas, en fin, anteriormente descritos del catarro crónico del intestino.

§. IV.—**Diagnóstico.**

El catarro agudo del intestino, no acompañado de fiebre, no se confunde con facilidad con otras enfermedades.

Más adelante hablaremos del diagnóstico diferencial entre el catarro gastro-intestinal, febril é idiopático, y la fiebre tifoidea en su período inicial.

Muy á menudo se desconoce la forma del catarro crónico del intestino, en que la constipacion, la flatulencia y el abatimiento moral son los rasgos más culminantes. Se creia, no hace aún mucho tiempo, que siempre dependia este conjunto de síntomas de alguna afeccion, de una de las grandes visceras del abdómen, sobre todo del hígado. Se enviaba á los enfermos á Carlsbad, para curarles de supuestos infartos y congestiones, y cuando volvian de estas aguas, algo mejorados, se veia en ello una prueba de la exactitud del diagnóstico. Habiendo demostrado autopsias hechas concienzudamente y sin preocupacion, que estas afecciones abdominales crónicas, nombre con que se solia designar el conjunto de síntomas de que hemos hablado, correspondian muy rara vez enfermedades apreciables del hígado, bazo ó páncreas, y que recíprocamente se habian descubierto en la autopsia degeneraciones esenciales de estos órganos, sin haber provocado graves desórdenes funcionales durante la vida, se cometió un nuevo abuso en la medicina. A ejemplo de Rademacher, creen algunos médicos que existen bastantes enfermedades del hígado, bazo y páncreas, que no determinan ningun cambio de estructura apreciable por nuestros sentidos. No perderemos el tiempo en refutar semejante

doctrina, y nos bastará recordar el método extraño que se adoptó para el diagnóstico de las enfermedades de estos tres órganos. Basta que un estado morboso, que no tenga absolutamente, segun nuestros conocimientos fisiológicos, nada de comun con una anomalía órganica ó funcional de estos órganos, llegue á curarse mientras el enfermo usa la tintura de nuez vómica, el agua de bellotas, ú otras sustancias, para que Rademacher y sus discípulos hagan depender la enfermedad de una afeccion primitiva de dichos órganos, si bien de ninguno de estos remedios ha podido obtenerse la prueba, de que posee una accion específica, sobre el órgano cuya afeccion primitiva se cree puede curar.—El diagnóstico del catarro crónico del intestino, acompañado de constipacion, se hace más fácil cuando al mismo tiempo existe un catarro crónico del estómago; pero hay casos en los que la digestion estomacal permanece intacta. El apetito normal, el bienestar que los indivíduos sienten durante las primeras horas que siguen á las comidas, y la limpieza de la lengua, pueden entonces darnos alguna guia, é inducirnos á buscar la causa del mal en otras anomalías y no en los trastornos digestivos. Si á los fenómenos mencionados se unen dolores en un punto más ó ménos circunscrito del hipocondrio derecho, tiene el médico muchas veces necesidad de insistir con toda su autoridad, para hacer prevalecer la opinion de que realmente se trata de una afeccion crónica del intestino. Precisamente cerca de la primera corvadura del colon, es donde más á menudo se encuentran adherencias con el hígado, las cuales ocasionan flexiones angulosas y estrecheces del intestino, de suerte que una sensibilidad á la presion en esta region, confirma más bien que invalida el diagnóstico del catarro crónico intestinal. Todavía ayuda más eficazmente al diagnóstico de esta forma del catarro, la agravacion de los síntomas que se observa, siempre que el enfermo pasa cierto tiempo sin defecar.—En otras secciones tendremos que volvernos á ocupar sobre la distincion que debe establecerse entre el catarro crónico del intestino y otras afecciones ab-

dominales, y por ahora nos limitaremos á recordar simplemente, que el catarro crónico del intestino es una de las enfermedades más comunes, y debemos habituarnos á tener muy presentes en la memoria, sobre todo las formas morbosas comunes y diarias, cuando se trata de apreciar un estado datológico. Si se siguiera mejor este precepto, serian mucho más raros los casos en que, indivíduos que pretenden no podia curarles ningun médico, se han mejorado por el uso de las píldoras de Mórrison, etc.

§. V.—Pronóstico

El pronóstico del catarro del intestino resalta en su mayor parte de cuanto hemos dicho respecto á la marcha de esta enfermedad. Un catarro agudo, acompañado de abundante trasudacion y mayor energía en los movimientos peristálticos, constituye ordinariamente una enfermedad sin importancia, y por consiguiente sin peligro; hasta la diarrea puede tener una saludable influencia, puesto que las sustancias nocivas llegadas al intestino, son expulsadas por ella. Además, en la época de la denticion puede un catarro intestinal moderado constituir un fenómeno favorable para los niños predispuestos á las hiperemias cerebral y pulmonar; sin embargo, es un deber sagrado para el médico desvanecer la absurda preocupacion de que todos los niños *deben* tener diarrea durante la denticion, y que no está permitido intervenir contra las diarreas sobrevenidas en este período. Esta preocupacion es muy comun, y ofrece muy graves peligros; muchas veces es causa de que no se consulta al médico sino cuando ya los niños están faltos de fuerzas, flacos y en un estado muy grave. Cuando se somete á tiempo á un tratamiento racional las diarreas crónicas de los niños, permiten tambien formar un diagnóstico favorable en la mayor parte de los casos. Hasta la tiflitis y sus consecuencias no suelen amenazar la vida, segun hicimos ver al exponer la marcha de esta enfermedad. El peor pronóstico es el

de las úlceras foliculares del intestino grueso, sobre todo cuando estas se desarrollan, como ordinariamente sucede, en indivíduos ya caquéticos.

§. VI.—**Tratamiento.**

En los catarros intestinales dependientes de un éxtasis sanguíneo, es raro que se pueda satisfacer la *indicacion causal* por medios radicales, por la sencilla razon, de que rara vez se consigue separar el obstáculo que se opone á la depleccion de las venas intestinales. Es más comun poder conceder en estos casos algun socorro paliativo, teniendo en cuenta las causas ocasionales: se prescribirá á los enfermos de catarro crónico intestinal procedente del éxtasis sanguíneo, se apliquen de vez en cuando algunas sanguijuelas en el ano, sobre todo en las épocas en que se exacerba la enfermedad. Algunas veces, y despues de haber repetido estas aplicaciones con intervalos regulares, por ejemplo, de mes en mes, se obtiene por fin hemorragias periódicas espontáneas por las venas del recto, lo cual proporciona á los enfermos un gran alivio.—Cuando los enfriamientos han determinado catarros agudos del estómago, la indicacion causal reclama guarde cama el enfermo. Al mismo tiempo se tomará algunas tazas de una infusion caliente de manzanilla ó de menta, y se cubrirá el vientre con compresas calientes, etc. Los indivíduos que contraen catarros crónicos del intestino bajo la influencia de un frio húmedo ó de vientos frios, deben llevar medias de lana, que cambiarán siempre que se les humedezcan los piés. Tambien se recomiendan mucho en estos casos las fajas de lana; pero debe ante todo aconsejarse á las mujeres que padecen catarro crónico del intestino, lleven pantalones, los cuales serán de muleton ó de lana en el invierno. Cuando no se toma esta precaucion, y en general, cuando no se analizan en todos sus detalles las particularidades especiales á las mujeres, se descuida un medio, que muchas veces es de mayor importancia

para el restablecimiento de la salud, que todas las demás prescripciones higiénicas ó farmacológicas.

En los catarros intestinales crónicos de los niños, determinados por una alimentacion irracional, la indicacion causal exige se regularice el régimen, y basta muchas veces guardar este principio, para obtener los más brillantes resultados. Ya hemos hecho ver anteriormente, que rara vez soportan los niños durante toda la diarrea, un régimen lácteo; lo que les es más conveniente, son los caldos suculentos, y sobre todo, pequeñas porciones de carne de vaca cruda y picada, que se les da con un poco de pan; al mismo tiempo se les administra algunas cucharadas de vino dulce y generoso, como el de Málaga. A beneficio de este tratamiento, la diarrea, que hasta entonces habia resistido á todos los medios, desaparece muchas veces en muy poco tiempo, y no se hace esperar mucho el restablecimiento de los niños demacrados. Para el empleo de los calomelanos y demás medicamentos usados contra el catarro gastro-intestinal, remitimos á la página 130.—Cuando la causa del catarro son concreciones duras, detenidas en el colon ó cualquiera otra parte del intestino, es preciso principiar el tratamiento por la administracion de un purgante. Si se quiere tratar eficazmente el catarro del intestino, es preciso examinar por sí mismo los excrementos para asegurarse de si existen algunas concreciones duras, entre las materias líquidas. Ante todo, es necesario principiar el tratamiento de la inflamacion catarral del colon, que bajo el nombre de disenteria catarral hemos descrito, por la prescripcion de un purgante. En estos casos, basta muchas veces una sola dósis algo considerable de aceite de ricino, para hacer desaparecer á las pocas horas los cólicos, el tenesmo y hasta el aspecto moco-purulento de las deyecciones. Es notable este resultado, sobre todo cuando los indivíduos han pasado muchos dias tomando pociones mucilaginosas y preparaciones de ópio, bajo la influencia de cuyo tratamiento no ha hecho la enfermedad más que empeorar. En los casos en que una flexion angulosa, una tiran-

tez del intestino, ó bien las estrecheces que en uno de los próximos capítulos describiremos, han ocasionado una constipacion habitual, que á su vez habrá determinado un catarro intestinal, no se podrá satisfacer completamente la indicacion causal, puesto que podemos muy bien vencer entonces la constipacion, pero de ningun modo combatir su causa. Estos enfermos no sienten necesidad de obrar, y necesitan para ello estar tomando contínuamente purgantes. Pero es preciso poner mucho cuidado en la eleccion y composicion de los remedios que se administran. El principio de hacer las prescripciones lo más sencillas posibles, no puede aplicarse á los casos en que se quiere ordenar laxantes que deben obrar por espacio de meses enteros. Así, una combinacion de ruibarbo, jabon de jalapa, áloes y coloquíntida, presta mejores servicios que ninguna de estas sustancias tomadas aisladamente; pero como nuestro objeto es procurar á los enfermos cámaras, copiosas sí, pero cuando más, blandas y no líquidas, tenemos muchas veces necesidad de estar probando mucho tiempo antes de encontrar la composicion y dósis conveniente. Pueden facilitarse estos ensayos, pidiendo algunas cajas de píldoras de Strahl, números 2 y 3; entonces pueden los enfermos ensayar por sí mismos cuántas necesitan de cada especie para obtener el objeto deseado. Es admirable el resultado que se obtiene poniendo un cuidado minucioso en procurar á los enfermos deposiciones regulares en esta forma de la enfermedad. Los enemas solos, y en particular las lavativas de agua fria que suelen emplearse, no bastan casi nunca, especialmente á la larga; sin embargo, se les debe prescribir para secundar el tratamiento. Tambien se ayuda el efecto de los laxantes, por ciertas prescripciones dietéticas, cuya influencia no siempre se explica. Así, algunos enfermos tienen más cursos cuando beben por la mañana en ayunas algunos vasos de agua, otros cuando fuman una pipa por la mañana, otros cuando toman tostadas con su café con leche; en fin, el mayor número, cuando toman frutas cocidas, sobre todo ciruelas, al almorzar. Secundan tambien el trata-

miento los paseos regulares á pié ó á caballo, y otros ejercicios; sin embargo, no debe exagerarse su importancia. En fin, debe recomendarse á los enfermos, hagan todos los dias á la misma hora una prueba por lo ménos para deponer.

Bretonneau y Trousseau aconsejan la belladona como el medio más eficaz para combatir la constipacion habitual y la dispepsia «acompañada de pereza del intestino grueso.» No añaden, como suele hacerse en Alemania, una pequeña cantidad de belladona ó una mezcla de sustancias drásticas, sino que prescriben por único remedio 1 ó 2 centígramos de hojas de belladona, mezclada con igual cantidad de extracto de dicha sustancia. Si bien no tengo en la belladona una confianza tan absoluta como Trousseau, porque estoy lejos de comprobar su «eficacia maravillosa» en todos los indivíduos atacados de constipacion habitual, no por eso me he sorprendido ménos de los excelentes resultados que he obtenido con el remedio predilecto de Trousseau, en muchos enfermos de esta clase. En efecto, bastantes indivíduos me han asegurado que desde el momento en que habia reemplazado los drásticos por las píldoras de belladona, les habia parecido renacer á una nueva vida, y que este medicamento no les habia ocasionado las molestias accesorias que regularmente siguen á la administracion de los purgantes. Desgraciadamente, yo no estoy en el caso por ahora de separar terminantemente los casos de constipacion habitual en que está indicada la belladona, de aquellos en que no da ningun resultado. Esperamos que observaciones ulteriores nos enseñarán á limitar mejor la esfera de accion de este remedio, tan excelente contra ciertas formas de la constipacion habitual.

En la tiflitis estercorácea, exige la indicacion causal, es cierto, se expulsen tambien del cuerpo las materias fecales contenidas en el ciego y colon; pero en este caso hay que tomar grandes precauciones. Si la enfermedad es reciente, y no se han presentado vómitos, basta administrar una dósis de aceite de ricino (15 ó 30 gramos); pero si el enfermo vomita

y arroja por consiguiente tambien el aceite de ricino, debe renunciarse á la idea de obtener evacuaciones por remedios internos, y nos guardaremos sobre todo de prescribir drásticos enérgicos. Mientras que un obstáculo invencible se oponga á la progresion de las materias intestinales, todos los remedios que activen los movimientos del intestino tienden á hacer refluir estas materias, y hacen más intensos los vómitos. Por el contrario, el uso de la lavativa de corriente contínua es en estos casos de una utilidad maravillosa, y no podria reemplazarse por la lavativa ordinaria, aun suponiendo que se administraran muchas lavativas de seguido. Se puede inyectar, como yo lo he visto muchas veces, hasta dos litros de líquido; pero como el agua pura se reabsorbe fácilmente, conviene añadirla sal de cocina, aceite, leche, miel, melaza, etc. Ordinariamente cesa el vómito aun antes de que se hayan producido evacuaciones profusas, y en el momento que la salida de algunos grumos sumamente fétidos advierte que las materias fecales detenidas han sido alcanzadas y reblandecidas por el líquido, y principian á desprenderse. Una vez producidas abundantes evacuaciones, es preciso no hacer caso de la presencia del tumor todavía sensible en la region del ciego, para continuar este método. En efecto, si la pared intestinal ó el peritoneo estuviese inflamado en una cierta extension, sólo se conseguiria aumentar los dolores y la inflamacion, si se continuaba excitando fuertemente los movimientos intestinales.

La *indicacion de la enfermedad* nunca reclama el empleo de la sangría general contra el catarro agudo del intestino, y hasta las aplicaciones de las sanguijuelas son supérfluas, á ménos que se trate de combatir una tiflitis. En esta última forma de la enteritis catarral, ordinariamente presta excelentes servicios la aplicacion de 10 ó 20 sanguijuelas al hipogastrio, sobre todo cuando se cuida de sostener por algun tiempo el flujo de sangre por medio de cataplasmas; debe repetirse dicha aplicacion si reaparecen más tarde los dolores.—La aplicacion del frio es conveniente, segun ya hemos dicho al hablar

del cólera nostras, en los casos en que es muy grande la hiperemia del intestino, y va acompañada de una abundante trasudacion de la pared intestinal; todavía es más conveniente para las formas más intensas de la enteritis catarral, que se desarrolla á causa de extensas quemaduras, y son acompañadas de fuertes dolores. El mejor modo de emplear el frio, consiste en aplicar con ligeros intervalos, sobre el vientre, compresas empapadas en agua fria y bien exprimidas. Contra las formas crónicas del catarro del intestino, sobre todo contra las que van acompañadas de constipacion, se debe recurrir á los fomentos estimulantes y calientes; y entre estos, la faja de Priessnitz se emplea con justicia con muchísima frecuencia.—Sólo durante la noche se tendrá aplicada la banda mojada, y rodeada de un paño seco, ó bien se la aplica tambien dos ó tres veces en el dia.—En el catarro crónico del intestino, acompañado de una secrecion viscosa de la mucosa, la indicacion de la enfermedad exige el uso interno de las mismas aguas minerales, que en la forma análoga del catarro crónico del estómago.—Los astringentes, sobre todo el nitrato de plata y el tanino, pueden tambien moderar la relajacion de la mucosa por su accion sobre los tejidos, y responder de este modo á la indicacion de la enfermedad. A estos remedios, de los cuales merece la preferencia el nitrato de plata, tomado á pequeñas dósis, sobre todo para la diarrea crónica de los niños, se unen el catecú, la goma quino, la raiz de colombo, la de cascarilla, etc.; pero las condiciones en que conviene recurrir á estos medicamentos, y sobre todo las que hacen preferibles unos sobre otros, son todavía bastante oscuras, y siempre es prudente, por lo tanto, no emplearlas sino cuando han sido ineficaces los otros remedios. Los astringentes no deben prescribirse en lavativas sino cuando el catarro reside en los intestinos gruesos, puesto que las más grandes lavativas no pasan de la válvula ileo-cecal, y no llegan por consiguiente al intestino delgado. Contra las úlceras foliculares que se presentan, sobre todo en la parte inferior del intestino grueso, son muy eficaces y preferibles á todos los de-

más remedios, los enemas de nitrato de plata (10 á 30 centigramos por 200 gramos de agua), de sulfato de zinc ó de tanino (2 gramos por 200); pero desgraciadamente no siempre se soportan estas lavativas.

La *indicacion sintomática* nos exige combatir la diarrea, siempre que este síntoma constituye un accidente peligroso, y no un fenómeno favorable. En un caso dado es fácil reconocer cuándo ha llegado el momento en que debe moderarse la diarrea. No es posible dar sobre esto reglas generales; ordinariamente se trata de conseguir este objeto desde luego, á beneficio de medidas higiénicas: así, se prescriben bebidas mucilaginosas y cocimientos de avena, de arroz ó de cebada, se manda tomar sopas con harina tostada, cuyas prescripciones tienen su utilidad. El caldo de ternera muy cargado de grasa, corta tambien la diarrea, segun una creencia popular muy admitida, lo cual no quiero afirmar ni negar. Además de las bebidas mucilaginosas, se aconsejan tambien otras, que sin ser medicamentosas, tienen una accion ligeramente astringente, como el vino tinto, el cocimiento de hojas de mirto secas, bellotas tostadas (café de bellotas), etc. Estos remedios pueden tambien ser útiles, y merecen emplearse en los casos poco graves. Debemos tambien citar como anti-diarréicos los astringentes ya citados en la indicacion de la enfermedad, y entre ellos sobre todo, el nitrato de plata en la diarrea crónica de los niños, y el catecú á alta dósis (8 gramos por 200), que suele dar admirables resultados en la diarrea crónica de los adultos. El acetato de plomo no obra con bastante seguridad, comparativamente á los riesgos que se corren por su empleo, para merecer que se les prescriba. El remedio anti-diarréico más seguro y comun, es el ópio, cualquiera que sea la incertidumbre que reine respecto á su manera de obrar. Cuando el peligro que puede ofrecer una diarrea nos induce á cortarla pronta y radicalmente, prescribiremos la tintura de ópio simple, ó el láudano de Sidenham (1 ó 2 gramos por 200 de mucílago ó de infusion débil de ipecacuana; para tomar una cu-

charada por hora). No es ménos eficaz la administracion de ópio en lavativas.

La afeccion tífica del intestino no constituye más que uno de los elementos, y no constante, de la série de modificaciones que el organismo sufre en la fiebre tifoidea, siéndonos imposible trazar un cuadro que corresponde exactamente á la afeccion tífica del intestino, sin describir la fiebre tifoidea en su conjunto. Agréguese á esto que la afeccion intestinal no es sino el resultado de la infeccion específica que tenemos que admitir en la fiebre tifoidea. Por esta doble razon, remitimos al tomo IV, donde entre las enfermedades de infeccion está la fiebre tifoidea, con la cual se describe la de la afeccion intestinal que de ella depende.

Sucede algo distinto en la afeccion intestinal del cólera asiático, y en la disentería de orígen miasmático. En efecto, en estas dos enfermedades nunca falta la afeccion intestinal, y todos los síntomas del cólera y de la disenteria radican precisamente en ella. Por consiguiente, si ahora sólo hemos tratado del cólera nostras y de la disenteria catarral, y creemos deber dejar para el tomo IV el cólera asiático y la disenteria epidémica, es sólo por la razon de que al considerar las condiciones etiológicas, tenemos necesidad de conocer que las dos últimas enfermedades deben incluirse, entre las enfermedades de infeccion.

CAPÍTULO II.

ÚLCERA PERFORANTE DEL DUODENO.

Los casos de úlcera perforante del duodeno, repartidos en periódicos, obras de patología y monografías, han sido por primera vez compendiados en el trabajo tan concienzudo como meritorio de Krauss, el cual los ha analizado con suficiente cuidado, para

permitirnos dar algunos datos positivos respecto á esta forma morbosa, que, segun todas las probabilidades, no es tan rara como se ha creido.

§. I.—Patogenia y etiologia.

La gran analogía de las lesiones anatómicas, así como de sus síntomas, marcha y terminaciones, nos permite creer que la úlcera perforante del duodeno se forma en las mismas condiciones que la del estómago, no tratándose por consiguiente de una ulceracion propiamente dicha, sino de una mortificacion, y disolucion por medio del jugo gástrico, de la parte mortificada del intestino.

Es difícil expresar una idea fija respecto á la frecuencia de la úlcera duodenal, puesto que sin contradiccion ninguna pasan desapercibidas en la autopsia muchas úlceras que no han dado lugar á la perforacion, y ante todo muchas cicatrices de úlceras duodenales curadas. Entre mil autopsias practicadas en el anfiteatro anatomo-patológico de Praga, sólo encontró Willigk dos casos de úlcera perforante del duodeno, mientras que se observaron 74 úlceras perforantes del estómago, unas veces cicatrizadas y otras abiertas todavía. La úlcera del duodeno, al revés de lo que se observa en la del estómago, parece ser más frecuente en los hombres que en las mujeres. Casi nunca se ha encontrado en los niños; la mayor parte de los enfermos, cuyas observaciones fueron recogidas por Krauss, pertenecian á la edad media. El analisis de los casos citados, no nos enseña si determinadas causas ocasionales, sobre todo quemaduras de la piel, pueden contribuir á la produccion de la úlcera perforante del duodeno.

§. II.—Anatomia patológica.

El sitio más frecuente de la úlcera, es el segmento superior y horizontal del duodeno; en algunos casos raros se la ha obser

vado en la porcion descendente, y una sola vez en el segmento horizontal inferior (Krauss). Lebert dice que la úlcera perforante se encuentra, aunque rara vez, en todas las partes del conducto intestinal. Yo mismo he observado una, que tenia todos los caractéres de la úlcera perforante simple, en el tercio superior del intestino delgado: era un obrero de 53 años de edad.—En los casos recientes, están los bordes de la úlcera cortados en pico, pero no hinchados ni redondeados, siendo mayor la pérdida de sustancia en la membrana mucosa que en la musculosa, y en ésta mayor tambien que en la serosa. Las úlceras más antiguas están rodeadas de bordes gruesos y endurecidos por una nueva formacion de tejido conjuntivo. En ciertos casos está formado el fondo de la úlcera por los órganos vecinos, con los cuales ha contraido adherencias el duodeno, antes de la completa perforacion de sus membranas. Así, se han visto úlceras del duodeno obliteradas por el hígado, páncreas, vesícula biliar, ó la pared posterior del abdómen. La invasion de la vesícula biliar, adherida al duodeno por el proceso destructor, ocasiona á veces comunicaciones fistulosas entre el duodeno y la vesícula; la propagacion á la pared posterior del abdómen, ocasiona la perforacion de los tegumentos y la comunicacion con el exterior. La úlcera perforante del duodeno, lo mismo que la del estómago, se cura á veces dando lugar á una fuerte retraccion del tejido cicatricial, de lo cual pueden resultar estrecheces del intestino. En fin, se ha observado tambien la obliteracion del conducto coledoco y del conducto de Wirsung, por la retraccion cicatricial de una úlcera duodenal en via de cicatrizacion.

§. III.—Síntomas y marcha.

Al hacer la descripcion de la úlcera redonda del estómago, hablamos de algunos casos, en que una peritonitis de terminacion prontamente mortal, ó violentos vómitos de sangre, constituian los primeros fenómenos que nos ponian en vias del diagnóstico de esta grave y temible enfermedad. Parece que la úlcera

del duodeno, más á menudo todavía que la del estómago, puede permanecer latente hasta el momento de la catástrofe final. No quiere esto decir que los enfermos se conserven perfectamente bien hasta el momento fatal; por el contrario, parece que algunos dias antes preceden á la perforacion ó á la hematemesis, en este caso, como en los de úlcera latente del estómago, ligeros fenómenos de dispepsia y una sensacion de plenitud despues de la comida, y cierta sensibilidad del epigastrio á la presion. Pero estos fenómenos han pasado desapercibidos, ó no han podido despertar ninguna sospecha respecto á la naturaleza de la enfermedad.—En otra série de casos eran los síntomas exactamente iguales á los que acompañan en general á la úlcera perforante del estómago, de marcha crónica, y que se consideran como patognomónicos de esta afeccion, á saber: cardialgia, vómitos, y de vez en cuando hematemesis, etc. Las observaciones publicadas, en nada prueban que la cardialgia y el vómito sobrevengan mucho más tarde en la úlcera perforante del estómago, y sólo hay un corto número de casos en que consta positivamente, que los dolores residian algo más hácia la derecha. El análisis de los casos publicados demuestra tambien que la úlcera duodenal no ocasiona con más frecuencia que la del estómago, la ictericia. Así, tampoco por esta parte encuentra el diagnóstico diferencial ningun punto de apoyo. La rareza de la ictericia parece probar que la úlcera del duodeno, como la del estómago, no siempre es acompañada de un catarro extenso de la mucosa, y hasta que este es bastante raro. Si este catarro existiera, se alteraria mucho más pronto la nutricion en las úlceras del estómago, y las del duodeno ocasionarian más á menudo la obliteracion del conducto coledoco, el éxtasis y la reabsorcion biliar, y por consiguiente la ictericia. Si estamos, pues, en la imposibilidad de saber si una peritonitis desarrollada súbitamente, despues de ligeros trastornos digestivos, es debida á la perforacion de una úlcera del estómago ó del duodeno, el conjunto sintomático tantas veces repetido, sensacion de presion y

plenitud despues de la comida, sensibilidad en el epigastrio, cardialgia, vómitos, etc., no nos permite juzgar si debemos hacerlos depender de una úlcera del estómago ó del duodeno. En fin, encontramos en las obras médicas una série de observaciones que prueban que la úlcera del duodeno habia provocado dolores y accesos periódicos localizados en el hipocondrio derecho, que se manifestaban muchas horas despues de la comida, coincidiendo la dispepsia con la produccion de acideces, y que hasta en ciertos casos habia una manifiesta dilatacion del estómago, fenómenos que, reunidos, tenderian á dar al diagnóstico de la úlcera duodenal, un carácter de probabilidad próximo á la certidumbre. Pero tambien en estos casos no es siempre fácil evitar la confusion con las estrecheces simples ó cancerosas del piloro. En este momento estoy tratando dos enfermos que acusan una sensacion oscura de presion en el hipocondrio derecho, debida á un sentimiento insoportable de plenitud despues de la comida, con eructos, unas veces de gases insípidos é inodoros, y otras de materias rancias y agrias. Uno de estos enfermos, nunca ha vomitado; el otro muy rara vez; pero ambos á dos afirman seguramente que algun obstáculo debe impedir que sus alimentos salgan del estómago; pretenden además que se desembaraza mucho más fácilmente su estómago del quimo, cuando pasan de pié las horas que siguen inmediatamente á la comida, y á pesar de su delgadez y debilidad, se someten diariamente á esta ruda prueba con la mayor resignacion. Es imposible reconocer la presencia de un tumor en el hipocondrio: en uno de los dos enfermos puede percibirse despues de las comidas copiosas una elevacion en el epigastrio. La enfermedad tiene muchos años de existencia en ambos. Me parece muy probable exista en estos enfermos una úlcera ó una cicatriz en el duodeno. La ausencia del vómito tiende á hacer excluir la pilorostenosis, pero no puedo decididamente excluir una estrechez del duodeno ó del segmento superior del yeyuno, debida quizás á una peritonitis parcial crónica (véase capítulo III).

Si ya es difícil establecer la distincion entre una úlcera abierta del estómago, y otra cicatrizada que da orígen á una estrechez cicatricial, es completamente imposible distinguir la úlcera abierta del duodeno de la cicatriz de la misma. La peritonitis procedente de la perforacion de una úlcera duodenal, da lugar á los mismos fenómenos que la que es determinada por la perforacion de una úlcera del estómago, si es que su marcha no es más rápida todavía, á causa de la mezcla de la bilis con las materias derramadas en la cavidad peritoneal. Remitimos á la monografía de Krauss, para lo que corresponde á los síntomas que se producen despues de la perforacion de la úlcera en la vesícula biliar, ó bien despues de la perforacion de una úlcera al exterior.

§. IV.—**Tratamiento.**

El tratamiento de la úlcera perforante del duodeno, reclama idénticas medidas á las que hemos recomendado para el tratamiento de la úlcera perforante del estómago; regularizacion severa del régimen, uso de las aguas alcalinas, ó alcalino-salinas, principalmente de las aguas termales de Karlsbad y de Ems, administracion de subnitrato de bismuto y de nitrato de plata. En los casos de gastralgia violenta, conviene recurrir á los narcóticos.

CAPÍTULO III.

ESTRECHECES Y OCLUSIONES DEL INTESTINO.

Es muy racional reunir en un sólo capítulo los accidentes tan variados que determinan la estrechez ó la oclusion del intestino, puesto que la mayor parte de los síntomas que de ella resultan, les son comunes.

§. I.—Patogenia y etiologia.

La estrechez ó la oclusion del intestino, pueden ser debidas:

1.° A una *compresion*. La causa más comun de la compresion del intestino, es la retroversion del útero ó la presencia de tumores en la pelvis, por ejemplo, de tumores fibrosos del útero, quistes del ovario que ocupen un lugar insólito, tumores ó abscesos procedentes de los huesos de la pelvis, ó de otras partes del cuerpo. Algunas veces, una porcion del intestino demasiado dilatada ó afectada de degeneracion cancerosa, comprime otras asas intestinales situadas por debajo; ó bien una porcion del mesenterio atraida hácia abajo por sus asas intestinales, alojadas en un grande saco herniario, comprime las partes del intestino que la separan de la columna vertebral.

2.° La estrechez del intestino puede ser determinada por *modificaciones de textura de la pared intestinal*. La más comun de todas, es la estrechez cicatricial que se produce por la curacion de úlceras intestinales, sobre todo úlceras catarrales, foliculares ó disentéricas. Con mucha ménos frecuencia, provienen las estrecheces intestinales de la cicatrizacion de úlceras tuberculosas (estrofulosas), nunca de la cicatrizacion de úlceras tíficas. En el recto pueden producirse estrecheces cicatriciales, por la curacion de úlceras sifilíticas ó heridas.—Mucho más rara vez se observan en el intestino la estrechez simple, debida á la hipertrofia de las paredes intestinales, segun se observa en el esófago ó en el piloro.—En fin, debemos tambien mencionar las nuevas formaciones, sobre todo los cánceres, que tambien dan lugar á estrecheces, de las que volveremos á ocuparnos más adelante.

3.° Tambien puede obliterarse el intestino por una *torsion*. La semirotacion del intestino al rededor de su eje, basta ya para hacer desaparecer su cavidad. Puede ser determinada la obliteracion, ya por la rotacion de una porcion del intestino al

rededor de su eje propio, ya por la inversion al rededor de sí mismo de todo el mesenterio, ó sólo de una parte con el intestino correspondiente, ó ya, en fin, por el enroscamiento de una porcion del intestino con su mesenterio al rededor de otra asa intestinal. Un mesenterio largo y flojo, predispone á la produccion de estas torsiones, á las cuales se ha dado tambien el nombre de vólvulus; el mecanismo de su produccion es bastante oscuro.

4.° La obliteracion del intestino puede resultar de una *extrangulacion interna*. Esta puede producirse cuando penetra una asa intestinal en una hendidura de la cavidad abdominal ó por detrás de algun ligamento tenso que la comprime y extrangula. Así, puede extrangularse un asa intestinal en la abertura de Winslow, ó bien en alguna hendidura congénita ó adquirida del epiplon ó mesenterio. Los puentes y bridas que ocasionan las extrangulaciones internas, ordinariamente son restos de peritonitis antigua: se extienden entre los órganos más diversos, pero principalmente entre el útero y los órganos que le rodean. Tambien puede invertirse una asa intestinal al rededor del epiplon, fuertemente tenso, fijo por abajo, ó bien al rededor del apéndice vermicular adherido por su extremidad libre, y extrangularse de este modo.

5.° Puede obliterarse el intestino por el deslizamiento de una de sus partes, en la que le sigue inmediatamente; el deslizamiento siempre se verifica de arriba abajo. Esto es lo que se ha llamado *invaginacion*, ó bien, como quiera que se trate de la entrada del intestino en sí mismo, *inctus suception*. En este proceso vienen á superponerse unas á otras tres paredes intestinales; la capa exterior constituye la vaina ó *inctus suscipienti*; la capa media é interna, son el *inctus susceptum*. Las capas exterior y media se tocan por sus superficies mucosas, y la capa media é interna por las serosas. Entre las capas media é interna, se encuentra el mesenterio. Estando fijo este por su raiz, se encuentra fuertemente estirado á causa de la invaginacion, y ejerce á su vez una atraccion sobre el tubo in-

testinal invaginado por la parte en que á él se inserta. Esta traccion unilateral comunica una forma curva al segmento invaginado, cuyo orificio abandona el eje intestinal, se dirige hácia la pared de la vaina y se distiende hasta el punto de reducirse al estado de una hendidura estrecha. A medida que las materias intestinales van llegando en mayor cantidad, la parte invaginada se desliza cada vez más hácia abajo, al mismo tiempo que la vaina exterior se invierte gradualmente. Estas invaginaciones se producen lo mismo en el intestino delgado que en el grueso. No es raro que la extremidad inferior del intestino delgado se invagine en el grueso, y hasta se han observado casos en que la válvula ileocecal estaba situada inmediatamente por encima del orificio anal ó llegaba más allá de este.—Ordinariamente se producen las invaginaciones en el curso de las diarreas crónicas; segun la hipótesis más admisible, provienen de la fuerte contraccion de un segmento del intestino, que prolongándose y haciendo un movimiento hácia adelante, penetra en un segmento inferior no contraido; al mismo tiempo es arrastrada é invertida una parte de este último. Sucesivos movimientos peristálticos tienden á hacer avanzar el segmento invaginado cada vez más, en la vaina exterior, hasta el momento que la resistencia del mesenterio ó la aglutinacion y adherencia de los tubos introducidos unos en otros, pone fin á la progresion del tubo interno.—Algunas veces se encuentra, sobre todo en los niños muertos de hidrocéfalo, una y aun varias invaginaciones, generalmente cortas; estas se han producido durante la agonía, segun resulta claramente de la ausencia de toda clase de fenómenos inflamatorios. Parece que tambien son determinadas estas invaginaciones, por contracciones intestinales enérgicas é irregulares, que tienen por efecto la penetracion de partes estrechas en otras más anchas. En los animales se observa un hecho notable, y es que poco antes de la muerte se producen movimientos intestinales, enérgicos y visibles á través de los tegumentos, cuando ya se ha declarado la paralisis en el sistema cerebro-espinal.

6.° En fin, puede obliterarse el intestino por *un acumulo de excrementos secos y endurecidos, ó por concreciones petrosas* compuestas de materias fecales duras, y precipitados de fosfatos amónico-magnésicos y sales calcáreas. Puede ser la obliteracion tan completa, y los síntomas que de ella resultan adquirir un carácter tan amenazador, como los del vólvulus, las extrangulaciones internas é invaginaciones. Los casos en que por medio de la administracion del mercurio metálico á altas dósis, y otros remedios heróicos análogos, se han curado vómitos estercoráceos y un extrañamiento rebelde, no deben considerarse pura y simplemente como ejemplos de curacion de una extrangulacion interna, etc., sino que tienden á probar que la retencion de las materias fecales puede dar tambien orígen, al conjunto de síntomas conocido bajo el nombre de *ileus* ó *miserere*. La obliteracion completa del intestino por materias fecales, se produce de preferencia en los puntos en que la progresion de estas materias es contínuamente difícil y lenta por obstáculos mecánicos; esto es lo que sucede, sobre todo inmediatamente por encima de las flexiones angulosas y adherencias mencionadas en el capítulo I, en los puntos comprimidos del intestino, ó bien, en fin, por encima de las diferentes especies de estrecheces orgánicas de este órgano. En otros casos, parece favorecer el acumulo de las materias fecales un estado semi-paralítico de los músculos intestinales, ó una disminucion en la secrecion de la mucosa intestinal. Algunas veces dan lugar á esta forma de oclusion intestinal (Seitz), los alimentos que producen excrementos sólidos y abundantes, el uso de legumbres secas y de los espárragos.

§. II. **Anatomía patológica.**

Seria demasiado largo dar una descripcion minuciosa de los diversos tumores que pueden comprimir el intestino.—Al tratar de los procesos morbosos que presiden al desarrollo de las estrecheces orgánicas del intestino, estudiaremos la anato-

mía patológica de estas mismas. En el párrafo anterior dejamos descritas las anomalías de situacion de este órgano, que determinan su oclusion.

Por encima de los puntos estrechados, generalmente se encuentra dilatado el intestino, y como al mismo tiempo está prolongado, describe circunvalaciones anormales. Las paredes de esta seccion del intestino están generalmente hipertrofiadas, ó son, por lo ménos, más gruesas. Su cavidad está llena de gases y materias fecales; por debajo de la estrechez está el intestino vacío y aplastado, y en los puntos donde los gases y materias fecales se han detenido por mucho tiempo, ordinariamente presenta la mucosa un catarro crónico, que en ciertos momentos se trasforma en agudo (véase capítulo I).

Por la oclusion del intestino, los vasos intestinales, y en ciertos casos los del mesenterio, están comprimidos y estirados. De aquí resulta un éxtasis sanguíneo muy intenso en los capilares, el cual acarrea una considerable tumefaccion de la pared intestinal, un catarro intenso de la mucosa, trasudaciones y pequeñas hemorragias en la túnica serosa. Ordinariamente se une en seguida á estas modificaciones, una peritonitis más ó ménos extensa. Si la compresion y distension de los vasos se continúan, el éxtasis de los capilares da por resultado la destruccion gangrenosa de la pared intestinal. Esta á su vez puede ser seguida de una perforacion, y casi siempre ocasiona una muerte rápida por peritonitis sobreaguda. En ciertos casos muy raros, habia antes contraido adherencias la pared perforada del intestino con la pared abdominal, y puede producirse en este caso una fístula estercorácea, ó un ano contranatural, estados que pertenecen al dominio de la cirujía. En las invaginaciones, la mortificacion de la parte invaginada y su expulsion por el ano, pueden ser seguidas de una curacion relativa, con tal que antes de la eliminacion se haya operado una sólida adherencia entre la vaina exterior y la porcion intestinal deslizada en su interior; sin embargo, generalmente queda este punto definitivamente estrechado. Esto es lo que sucede,

en un grado todavía más pronunciado, cuando sólo es eliminada la parte inferior del segmento invaginado, mientras que la parte superior se adhiere sólidamente á la vaina, de donde entonces resulta una superposicion definitiva de tres túnicas intestinales adheridas entre sí.

§. III.—Síntomas y marcha.

El síntoma más importante de la estrechez del intestino, consiste en la dificultad y poca frecuencia de la defecacion. Pero como hay muchos indivíduos que habitualmente tienen retrasadas las cámaras, sin que esté impedida en ellos por ningun obstáculo la progresion de las materias, me parece conveniente decir aquí algunas palabras, sobre la *constipacion habitual* en general.

Henoch, que en su clínica de las enfermedades del abdómen, expone con mucha minuciosidad las causas de la constipacion habitual, y describe en un magnífico y exacto cuadro las molestias que ésta ocasiona, hace notar con mucha razon que la palabra «constipacion» sólo tiene un sentido relativo. En efecto, ciertos indivíduos, habitualmente no deponen más que una vez cada dos ó tres dias, lo cual no les impide encontrarse perfectamente bien, y aun sentirse indispuestos cuando las deposiciones se repiten con más frecuencia; otros, por el contrario, se encuentran malos cuando no hacen una ó dos deposiciones diarias. Esta diferencia deriva, en parte, de que unos producen pocas materias fecales, por alimentarse con sustancias que tienen pocas sustancias indigestas y asimilarse completamente todos los principios nutritivos susceptibles de digerirse, mientras que los otros producen muchos excrementos, á causa de que sus alimentos contienen muchas sustancias indigestas, ó bien se hallan trastornadas sus facultades digestivas. Pero tambien sucede que indivíduos que toman idénticos alimentos, y que digieren igualmente bien, presentan las mismas diferencias respecto al número de evacuaciones que necesitan hacer para encontrarse buenos. No es fácil dar una explicacion

completamente satisfactoria de estos fenómenos; sin embargo, parece que esta diferencia deriva, por lo comun, de que en ciertos indivíduos la irritacion de la mucosa intestinal por la retencion de los excrementos y sus produtos de descomposicion, ocasionan un catarro intestinal (capítulo I), mientras que en otros indivíduos ménos vulnerables, permanece sana dicha membrana. En estos últimos casos, se unen muy pocos gases á las materias fecales contenidas en el intestino, el vientre no se dilata ni el diafragma es rechazado hácia arriba, aunque falten por dos ó tres dias las cámaras. En el primer caso, por el contrario, las mucosidades que cubren la pared interna del intestino, y que obran á manera de un fermento sobre las materias acumuladas, provocan una descomposicion más rápida de estas, de donde resulta una mayor produccion de gases y una fuerte dilatacion del vientre, bastando una retencion breve para ocasionar todas las molestias dichas.

Debemos añadir á esta descripcion, algunos síntomas que dependen más especialmente del acumulo de las materias en las partes inferiores, sobre todo en la S iliaca y el recto. Algunas veces, como dice muy bien Henoch, sólo tienen los enfermos la sensacion de una necesidad incompletamente satisfecha, y sienten que el intestino retiene todavía materias que hubieran debido ser evacuadas con el resto. Esta sensacion por sí sola basta ya para ocasionarles un gran malestar y ponerles tristes y mal humorados. Pero á este síntoma deben añadirse otros, que son resultado de la presion que los intestinos, excesivamente llenos, ejercen sobre los vasos y nervios inmediatos. Es raro que la compresion de las venas iliacas sea bastante fuerte para determinar un infarto edematoso de los piés; pero sucede con mucha frecuencia que los indivíduos atacados de constipacion habitual, se quejan de tener frios los piés, síntoma muy penoso que se explica sencillamente por el obstáculo que se opone al retorno de la sangre de las extremidades inferiores. La compresion de la vena hipogástrica, ocasiona con frecuencia dilataciones vasculares en las paredes del recto, y

de vez en cuando la rotura de los vasos dilatados. Las personas extrañas á la medicina, exageran la significacion de estas dilataciones vasculares y hemorragias (hemorroides ciegas y fluentes), y las consideran generalmente como la causa, y no como el efecto de la enfermedad. Del mismo modo, puede producirse una detencion en la circulacion del plexo cavernoso ó del plexo uterino en las mujeres. Esto es lo que hace que casi todas las que se hallan atacadas de constipacion habitual, sufren á la vez de una hiperemia del útero, que se traduce por una menstruacion excesiva y catarros uterinos, y ocasiona despues importantes cambios en la nutricion del útero. Así, no deja de haber sus razones para alabar la favorable influencia ejercida por las famosas píldoras de Mórrison, sobre las anomalías menstruales y las flores blancas. Los hombres que padecen de constipacion habitual, pueden tener frecuentes erecciones y eyaculaciones, á causa de este éxtasis sanguíneo en el plexo cavernoso, lo cual es una circunstancia que admira tambien mucho á estos indivíduos, ya asustados é inquietos. En fin, la presion de los intestinos excesivamente llenos sobre el plexo sacro, puede dar lugar á dolores neurálgicos en las piernas, ó lo que todavía es más frecuente, á un embotamiento de la sensibilidad en estas extremidades.

Las causas de la constipacion habitual, que es independiente de flexiones angulosas y adherencias de los intestinos ó de las diferentes especies de estrechez intestinal, son bastante oscuras. Esta afeccion es más comun en las mujeres que en los hombres, y muchas veces principia desde el fin de la infancia. Parece que su causa más frecuente es la excesiva lentitud en los movimientos del intestino; pero ordinariamente no podemos explicarnos de ningun modo, qué es lo que determina esta pereza de los músculos intestinales. Algunas veces es debida la constipacion habitual, á la mala costumbre de resistir demasiado tiempo la necesidad de defecar. Por otro lado, se incluye tambien con razon entre las causas determinantes de la constipacion habitual, el hábito de estar mucho tiempo senta-

do, como hacen los hombres de gabinete y ciertas clases de obreros. Sin embargo, debe notarse que el dar contínuos paseos, no ejerce, ni con mucho, una influencia tan favorable sobre la defecacion, como podria creerse. Los indivíduos atacados de constipacion habitual, son generalmente apasionados paseantes, sin obtener, sin embargo, por sólo este medio, el fin que muchas veces es el único objeto de su preocupacion (Henoch). Algunas veces, depende la constipacion habitual de un catarro crónico del intestino, que segun hemos visto, ocasiona un estado semiparalítico de los músculos intestinales, á pesar del engrosamiento de la pared, absolutamente lo mismo que el catarro crónico del estómago ocasiona la paralisis de las fibras musculares de este órgano. Hé aquí por qué los indivíduos que han abusado de los placeres de la mesa, tienen muchas veces una constipacion habitual. ¡Cuántas veces indivíduos que cuando estudiantes eran grandes bebedores de cerveza, y que no deseaban más que el ruido y los placeres, los encontramos más tarde mal humorados é insoportables, sin dominarles otra idea que el saber si pasará el dia sin hacer la deposicion «esperada con tanta impaciencia!» En estos últimos tiempos, se ha citado tambien entre las causas de la constipacion habitual, la inaccion de los músculos abdominales, y se han descrito casos en que por medio de un ejercicio regular de estos músculos, habian recobrado los indivíduos la facultad de hacer esfuerzos y obtenido la curacion del estreñimiento. Creo ejerce peor influencia todavía que la pereza de los músculos abdominales, la exagerada distension y relajacion de los tegumentos, que con mucha frecuencia se encuentra en las mujeres que han tenido muchos partos, sobre todo dobles. Estas mujeres, en quienes se experimenta cierta repulsion y hasta temor al palpar sus delgados tegumentos abdominales, puesto que parece tocarse directamente los órganos contenidos en el vientre, sufren casi siempre de constipacion habitual, y les es absolutamente imposible hacer vigorosos esfuerzos de defecacion; pero tambien estas enfermas, constantemente padecen una plétora abdomi-

nal (1) y un catarro crónico, que por sí sólo basta para explicar el retraso de las evacuaciones.

Pudiendo, por consiguiente, tener la constipacion habitual, causas lo bastante variadas para que este síntoma no baste por sí sólo para fijar el diagnóstico de una estrechez del intestino, se pregunta cómo podríamos averiguar si la constipacion depen de realmente de una estrechez. Para esto nos suministra el primer punto de partida, el aspecto de los excrementos. En las otras formas de la constipacion habitual, se arrojan muchas veces bolos cilíndricos de un volúmen enorme; cuando hay estrechez, y sobre todo reside esta en la parte inferior, los excrementos tienen pequeño calibre, y consisten en cilindros pequeños, que apenas tienen el grosor del dedo meñique, ó ya en pequeños glóbulos análogos á los excrementos de las cabras. Cualquiera que sea el valor de este síntoma para el diagnóstico de la estrechez del intestino, no debe, sin embargo, perderse de vista que tambien se le observa despues de un ayuno prolongado, y sobre todo despues de enfermedades largas. El intestino vacío y fuertemente contraido durante este tiempo, parece no puede recobrar su calibre primitivo, sino á la larga. Hasta las contracciones espasmódicas del esfinter, comunican algunas veces á las materias fecales, la forma de que acabamos de hablar. Es preciso, por consiguiente, que antes de deducir de esta forma la existencia de una estrechez del intestino, hayan podido excluirse estos otros estados morbosos.—Los datos anamnésticos, pueden ser otro punto de partida para el diagnóstico de las estrecheces intestinales. En todo lo que precede, ya hemos hecho ver, que entre las estrecheces propiamente di-

---

(1) Concíbese que bajo estas condiciones se produzca fácilmente una dilatacion de los vasos contenidos en la cavidad abdominal, si se piensa en que estos vasos sufren normalmente, no sólo la presion atmosférica, sino la que producen la tension de las paredes abdominales; por consiguiente, les falta una ayuda esencial para el sostenimiento de su estado normal, cuando las paredes abdominales están relajadas y la presion ejercida por ellas se encuentra reducida á su mínimum, ó abolida por completo. (*Nota del autor.*)

chas, ó sean las estrecheces orgánicas, la más frecuente de todas es la que proviene de una retraccion cicatricial. Por consiguiente, si despues de una larga disenteria, ó bien á consecuencia de diarreas que nos acreditan la existencia de úlceras intestinales, se presenta una constipacion habitual, unida á una forma extraordinaria de los excrementos, puede creerse en la existencia de una estrechez cicatricial. Del mismo modo podemos suponer en otros casos, con arreglo á los datos conmemorativos, que se trata ya de una retroversion del útero, ó ya de un tumor de la pelvis que comprime el intestino, etc. El exámen físico, además, ayuda poderosamente á establecer el diagnóstico. Un abombamiento parcial del vientre y un sonido muy lleno á la percusion al nivel del punto elevado, cuando se presentan constantemente despues de un exámen repetido muchas veces, permiten asegurar la dilatacion de una parte del intestino colocada por encima de la estrechez. En fin, en el momento que haya lugar para sospechar la existencia de una estrechez intestinal, nunca se dejará de examinar detenidamente el recto. Si no puede alcanzarse con el dedo la estrechez, debemos servirnos de la sonda elástica. Sin embargo, este último medio no es infalible; en efecto, puede chocar la sonda contra el promontorio ó formarse un pliegue en la pared intestinal, é impedir que aquella penetre más arriba. En fin, las personas poco prácticas pueden dejarse engañar por las contracciones espasmódicas del recto que se producen durante la exploracion. No es ménos esencial asegurarse en las mujeres por medio del tacto rectal, de la posicion, volúmen y forma del útero, y apreciar por el mismo medio si existe algun tumor en la pelvis.

Los síntomas de la *oclusion intestinal*, que por último llegan á ser horribles y amenazadores, parecen muchas veces insignificantes y sin gravedad al principio de la enfermedad. Los enfermos se sienten hinchados, se quejan de cólicos, que aparecen y desaparecen periódicamente, creen haber cometido alguna falta en el régimen, y ellos mismos toman una infusion de manzanilla ó un laxante ligero. No suelen llamar al médi-

co sino hasta que han sido ineficaces estos remedios domésticos, siguen aumentando los dolores, faltan las cámaras, ó se producen náuseas y vómitos. Todo médico circunspecto y experimentado, se inquietará siempre al ver semejante conjunto de síntomas. Su primer deber es examinar con escrupulosa atencion todas las partes del cuerpo donde pudiera existir una hernia. Desgraciado de él si cuenta con una declaracion espontánea del enfermo, ó se contenta con una simple respuesta negativa, cuando le pregunta sobre esto. Con el mismo cuidado debe explorarse el recto y la vagina, á fin de saber si puede apreciarse la existencia de algun obstáculo, que impida la salida del contenido del intestino. El médico, en este período, á pesar de las sospechas que le inspira la situacion, suele abandonarse todavía en la confianza de que los síntomas son provocados por una retencion rebelde, sí, pero no insuperable, de las materias fecales. Prescribe enemas, manda tomar el aceite de ricino á alta dósis, y hasta suele unir á este último algunas gotas de aceite de crotontiglio. Algunas horas despues, sin ser llamado, y sólo por efecto de su intranquilidad, vuelve otra vez á casa del enfermo. En el intervalo han expulsado las lavativas á veces, algunas materias de la parte inferior del intestino; pero por lo comun no han dado ningun resultado, y en ocasiones hasta ha sido imposible administrar la lavativa. El aceite de ricino, á pesar de la adicion del aceite de croton, no ha dado ningun resultado; más bien se han exasperado los tormentos del enfermo, siguiendo á la administracion del remedio muchos vómitos de materias verdosas, acompañados de dolores muy violentos. Al mismo tiempo cambia el aspecto del enfermo, se pone pálido y desfigurado, su piel, sobre todo la de las manos, se enfria, y el pulso es pequeño. Desde entonces se apercibe el médico de que el intestino está obliterado, y tal vez por un obstáculo insuperable para el arte médico. El vientre se va dilatando cada vez más, y se presentan dolores, que ordinariamente designan los enfermos con el nombre de calambres, y que hasta cierto punto simulan

á los dolores del alumbramiento, por su violenta forma gravativa y su intermitencia. Por lo comun, suceden inmediatamente las náuseas á los paroxismos dolorosos, y con gran espanto de los enfermos y su familia, las materias vomitadas van siendo cada vez más morenas, hasta que toman un aspecto y un olor que recuerda los de las materias fecales. Sin embargo, es preciso recordar que el contenido del ileon, sobre todo cuando está detenido mucho tiempo, presenta ya un olor estercoráceo, y rara vez ó nunca arroja el enfermo, en lo que se llama vómito estercoráceo, verdaderas materias fecales. Me parece imposible que el contenido del intestino grueso, pueda franquear la válvula ileo-cecal, y llegar al intestino delgado y al estómago. Tambien difieren las opiniones respecto á la causa del movimiento retrógrado de las materias en el intestino. Así Betz niega, no solamente toda influencia de las contracciones intestinales sobre la regurgitacion de estas materias, sino que llega hasta creer que las contracciones del intestino son más bien perjudiciales que útiles, á la marcha regular de las materias desde el estómago al recto. En el acto del vómito, lo que evidentemente juega el papel principal, es la presion de los músculos del abdómen; esta es la que, secundada por las contracciones anteriormente mencionadas de la region pilórica del estómago, expulsa el contenido de este órgano. Las materias intestinales parecen llegar á su vez al estómago, á causa de las contracciones de los músculos intestinales, que no pudiendo lanzar las materias hácia abajo, las hace refluir hácia arriba. Por ahora nos abstendremos de discutir sobre si este movimiento inverso se desempeña con cierta regularidad, verificándose la contraccion de un punto cualquiera, seguida de la de otro colocado inmediatamente por encima, y resultando por consiguiente un movimiento antiperistáltico en la verdadera acepcion de la palabra. Siempre sucede que los drásticos, mientras no desaparece el obstáculo, sólo sirven para aumentar el vómito, exagerando las contracciones intestinales.

En ciertos casos, se prolonga la enfermedad con los sínto-

mas descritos, que hasta pueden ofrecer remisiones durante ocho ó quince dias, ó más tiempo todavía. Durante los accesos dolorosos que preceden al vómito, se siente, y hasta se ve, segun la magnífica descripcion de Watson, sobresalir en el vientre gruesas masas de intestino como el brazo de un hombre, enroscándose á la manera de serpientes con un ruido particular. El intestino distendido, se resiste con todas sus fuerzas contra el obstáculo colocado en su interior: ¡inútil lucha!» Los enfermos, horriblemente desfigurados en aquel momento, parecen espectros. Su color se hace terroso, la cara está cubierta de un sudor frio, las manos están heladas, el pulso es insensible, y sin embargo, la inteligencia permanece intacta por mucho tiempo; en fin, sucumben en la estenuacion y la paralisis general.

El cuadro se modifica cuando á la oclusion intestinal se une desde el principio una peritonitis extensa. Entonces se dilata mucho más rápidamente el abdómen, se pone sumamente tenso, y tan dolorido, que no puede soportarse la más ligera presion. Estando casi exclusivamente repartida la exudacion entre los intestinos distendidos, es raro que pueda reconocerse su presencia en las partes declives, por el sonido mate de la percusion. Estos enfermos no se agitan en la cama como los anteriores, sino que permanecen silenciosamente echados sobre el dorso, evitando con cuidado el menor movimiento para no exagerar sus padecimientos. El pulso es muy frecuente, la temperatura muy elevada; rechazado hácia arriba el diafragma, comprime el pulmon y la respiracion se acelera; el obstáculo que se opone á la depleccion del corazon derecho, comunica al enfermo un aspecto cianósico. Los síntomas de la peritonitis, dominan muchas veces á los que antes hemos descrito, y que por lo demás no faltan aquí, hasta el punto de que no se atiende lo debido á estos últimos, y se reconoce la peritonitis, pero no la extrangulacion interna, ó la otra causa de oclusion intestinal que la ha provocado. Es preciso imponerse la regla de no admitir sino con mucha reserva, la existencia de una peritonitis reumática, y cuando esta se presenta fuera

del estado puerperal, debe sospecharse desde luego una perforacion especialmente del estómago por una úlcera, ó bien una oclusion aguda del intestino. Si la enfermedad se ha declarado súbitamente y sin dar lugar á vómitos, hace sospechar una perforacion; por el contrario, si su invasion ha sido más lenta y los vómitos presentados desde el principio persisten tenazmente, ó se trasforman hasta en vómitos estercoráceos, no puede ponerse en duda la existencia de una oclusion intestinal.—En esta última forma, es mucho más rápida la marcha; desde los primeros dias sobrevienen el colapso, la paralisis general, siendo la terminacion casi necesariamente mortal.

Casi siempre es imposible reconocer con seguridad durante la vida, si estos síntomas dependen de un vólvulus, una extrangulacion interna, una invaginacion ó una obliteracion del intestino por masas duras ó concreciones petrosas. El diagnóstico del *vólvulus* es el que está más desprovisto de signos propios. Lo que indica hasta cierto punto la *extrangulacion interna*, es la existencia de una peritonitis anterior, puesto que las bridas y puentes que por lo comun ocasionan la extrangulacion interna, casi siempre son resíduos de peritonitis antiguas. La *invaginacion* presenta algunas veces en sus síntomas, ciertas particularidades que permiten distinguirla con bastante facilidad de las otras formas de la oclusion intestinal. De este número es el tumor cilíndrico, de una resistencia por lo general bastante moderada, que á veces se percibe en el vientre, sobre todo cuando los tegumentos están poco tensos. Este tumor es muy poco movible ó totalmente inmóvil y doloroso, y da ordinariamente á la percusion un sonido que no es totalmente mate. Además, la obliteracion del intestino, generalmente no es en la invaginacion tan completa como en las otras formas, de suerte que de vez en cuando pueden escaparse pequeñas cantidades de materias fecales, ó de gases intestinales. A esto debe añadirse, que la compresion de las venas del mesenterio, tambien invaginado, da lugar á un excesivo éxtasis sanguíneo en la parte invaginada, y por consiguiente á roturas vasculares

en la mucosa, y á la evacuacion de materias sanguinolentas ó moco-sanguinolentas por el ano. Este es un fenómeno de suma importancia para el diagnóstico de la invaginacion en los niños pequeños, quienes padecen esta afeccion más á menudo que los adultos.—En estos casos, casi siempre son el ciego y colon ascendente los que se invierten en la parte inferior del colon y recto; la constipacion no siempre es absoluta; el vómito rara vez llega á ser estercoráceo; la dilatacion del vientre tambien es bastante moderada, á causa de que la peritonitis es bastante rara. Por el contrario, las deyecciones sanguinolentas ó moco-sanguinolentas, no faltan, por decirlo así. El diagnóstico de la invaginacion es indudable cuando puede alcanzarse por el recto la porcion de intestino invaginada con su orificio hendido, dirigido ordinariamente hácia la pared del recto, ó bien cuando esta porcion se elimina y es expulsada por el ano, modificada por la gangrena, pero sin embargo, reconocible todavía. La obliteracion del intestino por materias fecales duras, es fácil de reconocer cuando estas materias pueden percibirse en el recto. En otros casos no puede dudarse de la existencia de masas duras ó concreciones petrosas que obliteran el intestino, por la presencia de un tumor duro y movible en el vientre. Si el enfermo ha presentado antes signos de estrechez intestinal, la cual se ha exagerado súbitamente hasta el punto de convertirse en una oclusion completa, podemos tambien deducir, segun lo que antes hemos dicho, que existe una obliteracion súbita por materias duras. La marcha favorable de la enfermedad y la súbita desaparicion de los síntomas despues de la expulsion de copiosas cámaras, es lo que especialmente indica la existencia de esta última forma de la oclusion intestinal.

El diagnóstico y pronóstico de esta, se desprende de todo cuanto hemos dicho respecto á los síntomas y marcha de esta afeccion.

§. IV.—**Tratamiento.**

En el capítulo primero hemos explicado el tratamiento de la *constipacion habitual*, al tratar de la indicacion causal, con toda la extension que los límites de esta obra permiten. Nuestro objeto no es exponer detalladamente las ventajas é inconvenientes que llevan consigo la administracion de cada purgante. Debe considerarse como un medio gimnástico, el empleo, preconizado tambien, de la electricidad; en efecto, la aplicacion de los polos al tegumento, puede provocar la contraccion de los músculos abdominales, y cuando esta aplicacion es muy repetida, pueden fortificarse los músculos. Los movimientos del intestino no sufren ninguna influencia por esta aplicacion de los electrodos sobre la piel del vientre. El consejo que algunos dan, de introducir uno de los polos en la boca, y el otro en el ano, con objeto de combatir la constipacion, es muy ingenioso.

El tratamiento de las *estrecheces intestinales*, consiste, cuando residen en el recto, en extirpar los tumores, dilatar las coartaciones cicatriciales, y por último, practicar un ano artificial, si los medios primeramente indicados son ineficaces. Este tratamiento es, pues, esencialmente quirúrgico. Si la estrechez ocupa una parte más elevada del intestino, jamás puede curarse radicalmente. Por consiguiente, debemos limitarnos á prescribir al enfermo un régimen que dé los ménos excrementos posibles. Cuanto más amenazadores sean los síntomas de la estrechez, tanto más urgente es no alimentar al enfermo más que con huevos, caldos suculentos, y carne muscular pura de fibras delicadas.—Al mismo tiempo, se le procurarán evacuaciones regulares, por medio de lavativas y purgantes.

Entre las diversas formas de la *oclusion intestinal*, las que provienen de la existencia de materias fecales endurecidas, ó de *concreciones* petrosas, son mucho más accesibles á un tra-

tamiento que las que son determinadas por cambios de situacion del intestino. Esta observacion, se aplica sobre todo á la obliteracion del recto por excrementos duros, que muchas veces se encuentran en enorme cantidad por encima del esfinter. Un médico demasiado reservado, que no se atreviera á exigir el permiso para practicar un exámen local, prescribiria en estos casos laxantes sobre laxantes, sin obtener ningun resultado; por el contrario, aquel que no participe de ninguna preocupacion, y no tolere ninguna resistencia cuando se trata de conocer mejor el objeto cuya curacion persigue, obtendrá brillantes éxitos. Muchas veces, es cierto, sólo despues de mucha paciencia y grandes trabajos se llega á fraguar un camino con la ayuda del dedo, de un mango de cuchara, ó de una pinza de curar, para aplicar lavativas, que era imposible hacer penetrar al principio, ó para hacer inyecciones emolientes por medio de un tubo elástico, que se conduce á través de las masas acumuladas.

Esta maniobra es todavía más difícil, cuando las materias duras residen más arriba. En este caso, remitimos, por lo que corresponde al fondo del tratamiento, á lo que hemos dicho sobre el modo de expulsar las materias fecales acumuladas en la tiflitis estercorácea. Al principio se intentará obtener las deposiciones por medio de algunas cucharadas de aceite de ricino ó por fuertes dósis de calomelanos; tambien se puede añadir al primero de estos remedios, media gota de aceite de croton por cada cucharada. Pero cuando estas sustancias son ineficaces, y no hacen más que exagerar el vómito, se debe preferir sujetarse al empleo de la jeringa de corriente contínua, que nos hace concebir mayor esperanza de reblandecer las materias duras acumuladas en el intestino grueso. No hay que acobardarse porque las primeras inyecciones sean ineficaces, sino que, por el contrario, deben repetirse dos y hasta tres veces por dia. Yo he observado un caso, en que sólo despues de un uso muy repetido de la jeringa durante cuatro dias consecutivos, llegaron á mezclarse con el líquido evacuado pequeñas

masas grumosas, notablemente decoloradas y horriblemente fétidas. En los dias siguientes salian masas más abundantes de la misma naturaleza. En los casos desesperados, puede recurrirse al empleo del mercurio líquido, del cual se hacen tragar de 100 á 500 gramos ó más. No puede negarse que en muchos casos en que no habia bastado ningun otro remedio, el peso del mercurio ha vencido la resistencia de las masas acumuladas en el intestino.—Los vólvulus y las extrangulaciones internas, no pueden diagnosticarse con bastante seguridad para justificar la gastrotomia, que para que sea eficaz debe siempre practicarse lo más pronto posible. No es imposible que el mercurio líquido pueda corregir por su peso un vólvulus, ó reducir una extrangulacion interna, por la traccion que ejerce sobre el asa intestinal extrangulada, cuando llega delante de ella; sin embargo, los casos en que se pretende haber tenido semejante resultado, permiten sostener algunas dudas respecto á la exactitud del diagnóstico. En las invaginaciones, las cuales casi sin excepcion se verifica la introduccion del intestino invaginado de arriba abajo, está contraindicada la administracion de purgantes, los cuales no harian más que arrastrar más lejos la porcion invaginada dentro de su vaina; esto se refiere todavía más á la administracion del mercurio líquido Con el apoyo de algunos resultados felices, se puede recurrir á la gastrotomia para remediar la invaginacion cuando se ha reconocido desde un principio. Si puede alcanzarse por el recto el segmento invaginado del intestino, debe intentarse reducirle con la ayuda de una sonda esofágica, en cuya extremidad se pone una esponja, y que se introduce con precaucion por el ano. Este procedimiento es muy útil, sobre todo en algunos casos de invaginacion en los niños. Si no puede llegarse hasta la invaginacion, se harán abundantes inyecciones líquidas, ó bien se introducirá aire en el recto por medio de un soplete, para rechazar de esta manera todo lo posible el cabo del intestino invaginado; tan pronto como se ha declarado una intensa peritonitis, ya no tienen ninguna utilidad los procedimientos mencio-

nados, puesto que entonces se adhieren entre sí las diversas partes del intestino; por el contrario, en tales condiciones aumentarian estos medios el peligro. Nos limitaremos, pues, á administrar fuertes dósis de opio, y á cubrir el abdómen de compresas frias. Deben tambien emplearse estos medios, cuando se unen signos de peritonitis difusa á las otras formas de oclusion intestinal.

CAPÍTULO IV.

AFECCIONES ESCROFULOSAS Y TUBÉRCULOSAS DEL INTESTINO Y DE LOS GÁNGLIOS MESENTÉRICOS.

---

§. I.—**Patogenia y etiología.**

La tuberculosis del intestino y de los gánglios mesentéricos, no es ni con mucho tan frecuente como generalmente se dice; ó en otros términos, muchas pretendidas afecciones tuberculosas del intestino y de los gánglios mesentéricos, deben su orígen, no á la formacion de tubérculos miliares, única especie que nosotros admitimos, sino á una degeneracion caseosa de los folículos intestinales y de los gánglios mesentéricos.

Las glándulas solitarias del intestino y las de Peyero, que como es sabido, no son órganos de secrecion, sino gánglios linfáticos elementales, participan de las diversas afecciones de la mucosa intestinal. Sobre todo, se les encuentra más ó ménos abultados y elevados por encima del nivel de las partes próximas, en todos los catarros agudos y crónicos del intestino. Este infarto de los folículos, que depende, por una parte, del aumento de sus elementos celulares, y por otra, y principalmente de una mayor absorcion de líquidos, desaparece en general con el catarro mismo, sin dejar subsistir señales de su existencia. Pero en ciertos casos llega á ser más considerable y tenaz

la tumefaccion, llegando especialmente la hiperplasia celular á un grado muy elevado; entonces se verifica fácilmente, como en todas partes donde se produce un acumulo de elementos celulares, una atrofia y una metamorfósis grasosa, incompleta, ó por otro nombre, una degeneracion caseosa.

Del mismo modo que los pequeños gánglios linfáticos situados en el espesor de la pared intestinal, los gánglios mesentéricos toman parte en las enfermedades de la mucosa del intestino, puesto que recogen su linfa en esta mucosa. En los catarros agudos y crónicos del intestino, sufren una tumefaccion determinada por una hiperplasia celular y la absorcion de mayor cantidad de líquidos, tumefaccion que, á la verdad, es insignificante y pasajera en los casos ordinarios, pero que tambien puede llegar á ser considerable y rebelde, y dar lugar á la degeneracion caseosa de estos gánglios, puesto que la proliferacion de elementos celulares es tambien muy abundante en ellos.

Los folículos intestinales, cuando han sufrido la degeneracion caseosa, ordinariamente experimentan una especie de fusion molecular al cabo de cierto tiempo. Esta fusion produce en la pared abdominal pequeños abscesos llenos de un pus caseoso, y despues de su abertura pequeñas ulceritas, que pueden más tarde aumentarse considerablemente por la extension de la proliferacion y la disgregacion de las partes circunvecinas.

Es mucho más raro que los gánglios mesentéricos, despues de haber sufrido la fusion caseosa, lleguen á perforar su cápsula fibrosa y el peritoneo. Es mucho más comun la condensacion lenta y trasformacion de las masas caseosas en una sustancia cretácea, ó en una concrecion calcárea, dura y sólida.

Si examinamos más de cerca los indivíduos en quienes se observa con preferencia infartos considerables, y la degeneracion caseosa de los folículos intestinales y gánglios mesentéricos, notamos que son en gran parte *niños*, especialmente aquellos cuyos gánglios periféricos y bronquiales tienen tambien cierta tendencia á infartarse, y sufrir la degeneracion caseosa

en el curso de exantemas húmedos, otorreas, catarros bronquiales, etc.; en una palabra, niños á quienes se ha convenido en llamar escrofulosos. Esta circunstancia y la concordancia absoluta de las alteraciones patológicas, nos obligan á designar con el nombre de *afecciones escrofulosas del intestino y de los gánglios mesentéricos*, los infartos y degeneraciones, en cuestion, de los folículos intestinales y de los gánglios mesentéricos, así como las úlceras intestinales que proceden de la alteracion de los folículos.

Es fácil explicar la errónea idea que se tiene de creer que las úlceras escrofulosas del intestino deben su orígen á una tuberculosis. En efecto, por una parte, cuando las glándulas solitarias sufren una infiltracion caseosa, tienen muchísima semejanza con los tubérculos miliares, y por otra se encuentra efectivamente muy á menudo en la autopsia, que los puntos de la capa serosa del intestino correspondientes á las úlceras, están cubiertos de tubérculos miliares. Sin embargo, si se examinan concienzudamente estos fenómenos, y se pregunta de cuándo data la formacion de las úlceras, y á qué época se remonta la formacion de los tubérculos, se reconocerá en gran número de casos, que las úlceras existian desde hacia mucho tiempo, tal vez desde años enteros, y que la tuberculosis sólo se ha unido á ellas poco antes de la muerte. Sucede, pues, en el intestino absolutamente lo mismo que en los pulmones, en donde tambien vemos que la tuberculosis suele constituir la complicacion final de las infiltraciones y cavernas caseosas.

Segun ya antes hemos expuesto detalladamente, la vulnerabilidad de los tejidos y predisposicion que de ella resulta, para ser asiento á cada irritacion inflamatoria de una superabundante produccion de células indiferentes, se conserva en muchos individuos bastante más allá de la infancia. Pero como los órganos más expuestos á enfermar en los adultos, son distintos que en los niños, los procesos morbosos que dependen de tal predisposicion, se trasportan á otras partes á medida que los individuos avan-

zan en edad. En la época de la pubertad ya son más raros los catarros intestinales, tan comunes en los niños, y vemos sustituir á estos las afecciones del pulmon. Tambien encontramos ya en muchos indivíduos muertos en esta edad, gánglios mesentéricos incrustados de depósitos calcáreos y úlceras intestinales en via de cicatrizacion, mientras que los pulmones nos presentan infiltraciones caseosas recientes, y destrucciones en su período de desarrollo. Sin embargo, la experiencia nos revela un hecho, que hasta ahora nos es imposible explicar, á saber: que los indivíduos adultos, en quienes sólo excepcionalmente se presenta como enfermedad aislada la afeccion, en cuestion, de los folículos intestinales y gánglios mesentéricos, la padecen con mucha frecuencia cuando sus pulmones son invadidos por procesos análogos. Podemos tambien formular este dato experimental, diciendo que la degeneracion caseosa de los folículos intestinales y gánglios mesentéricos, rara vez es primitiva é independiente en los adultos; pero se encuentra en ellos con mucha frecuencia, complicando la tisis pulmonar como enfermedad secundaria.

La *tuberculosis del intestino y de los gánglios mesentéricos*, es bastante rara, si hacemos abstraccion de las erupciones tuberculosas secundarias que aparecen al rededor de las úlceras escrofulosas del intestino. Esto es todavía mucho más aplicable á la *tisis tuberculosa del intestino*, en el sentido extricto de esta palabra. Parece que en gran número de casos se desarrolla la tuberculosis secundaria del intestino al mismo tiempo que la del pulmon, y que la tisis tuberculosa intestinal propiamente dicha, se encuentra de preferencia en los indivíduos que padecen á la vez la forma tuberculosa de la tisis pulmonar.

§. II.—**Anatomía patológica.**

En el ileon es donde más á menudo se encuentran folículos intestinales invadidos por la infiltracion caseosa, y úlceras procedentes de la fusion de esta infiltracion. Bastante á menudo

suele extenderse el proceso al colon, y sobre todo al apéndice vermicular. En algunos casos, sólo el colon está enfermo, y el ileon permanece libre; rara vez se ven en el yeyuno folículos infiltrados de materias caseosas y úlceras, casi nunca en el duodeno ó en el estómago. El número de folículos enfermos varia. Algunas veces está el intestino uniformemente cubierto por ellos en una extension bastante considerable, pero mucho más á menudo queda limitada la enfermedad á algunas zonas estrechas, más ó ménos distantes entre sí. Al principio los folículos tumefactos, forman pequeñas nudosidades grises, ligeramente prominentes, bastante duras, del tamaño de un grano de mijo. Cuando sufren la metamorfósis caseosa, se vuelven amarillas y disminuye su resistencia. Una vez perforada la capa mucosa por el pus caseoso, se forman úlceras redondas de bordes elevados (úlceras tuberculosas primitivas de Rokistansky).

En un período más avanzado, la mucosa y el tejido submucoso de alrededor de las úlceras primitivas, se hacen asiento de una infiltracion al principio gris, y más tarde amarilla. La fusion de la infiltracion caseosa y del tejido mismo infiltrado, y la reunion de muchas úlceras primitivas, dan lugar á vastas pérdidas de sustancia (úlceras tuberculosas secundarias de Rokistansky). La extension de las úlceras se verifica principalmente en la direccion de la circunferencia de la pared intestinal, de suerte que al fin representan estas úlceras verdaderos anillos de diferentes tamaños, que rodean al intestino.—Hasta en su base se infiltran y disgregan muchas veces, de suerte que pueden tambien extenderse en profundidad y perforar la pared del intestino. Mientras avanza la fusion hácia la serosa, se produce una peritonitis circunscrita en los puntos amenazados de esta última. Ordinariamente basta ya el exámen exterior del intestino, para reconocer el sitio de las úlceras, puesto que á su nivel está más opaca y gruesa la serosa, y algunas veces cubierta de una exudacion fibrinosa escasa, ó aglutinada por esta exudacion con las asas intestinales próximas. Estas aglutinaciones ó adherencias sólidas en-

tre las diferentes partes del intestino, determinadas por una proliferacion del tejido conjuntivo, impiden muchas veces que despues de la perforacion de la pared intestinal, se vierta en la cavidad del abdómen el contenido del intestino. En estos casos puede suceder que sólo en la autopsia, y cuando se separa violentamente las partes aglutinadas ó adheridas, se escape el contenido del intestino por la pared perforada de este conducto. Cuando los progresos de la ulceracion han dado lugar á hemorragias capilares, se observa una sufusion sanguínea en los bordes y base de las úlceras, que están además cubiertos de coágulos negruzcos. Es bastante raro que estas úlceras intestinales lleguen á curarse por completo. Por el contrario, se encuentra en ellas muy á menudo signos inequívocos de una cicatrizacion incompleta, estando formada su base por un tejido conjuntivo calloso y pigmentado de negro, ó desprovisto de pigmento, y el cual, por su retraccion, ha aproximado evidentemente los bordes de las úlceras. Luego que los bordes se han aproximado hasta el punto de tocarse, se reunen. Constantemente queda en estos casos, en vez de las úlceras, un rodete elevado y duro sobre la superficie interna del intestino, y una retraccion cicatricial sobre la superficie externa.

Puede llegar á ser tan considerable la tumefaccion de los gánglios mesentéricos, que adquieran estos el volúmen de un huevo de paloma, y que reuniéndose varios entre sí, formen tumores del tamaño del puño. Mientras el aumento de volúmen se limita á una simple hiperplasia celular, están los gánglios húmedos al corte, y de color gris rojizo; en otros casos, están enteramente degenerados en materia caseosa, mayor ó menor número de ellos. En las autopsias se encuentran muchas veces como residuo de una degeneracion caseosa, cuya evolucion haya terminado tal vez muchos años antes concreciones petrosas desiguales, á veces ramificadas, que están alojadas en el interior de los gánglios y rodeadas de un parenquima normal ó degenerado.

En la tuberculosis verdadera de la mucosa intestinal, se

presentan sobre esta pequeñas nudosidades, unas veces discretas, y otras reunidas en grupos. Cuando se encuentran estos grupos de producciones miliares en sitios donde no existen glándulas de Peyero, tenemos un magnífico medio de establecer la distincion, muy difícil por lo demás, entre los tubérculos miliares y los folículos tumefactos. La degeneracion caseosa, el reblandecimiento y la fusion de los tubérculos miliares, dan por resultado úlceras tuberculosas del intestino; estas úlceras nunca son tan extensas como las que provienen de la degeneracion caseosa de los folículos, y además se observa á su alrededor granulaciones tuberculosas recientes, en lugar de un tejido infiltrado de materia caseosa.

En la tuberculosis secundaria, tan frecuente en la túnica serosa del intestino, se observa que los puntos del peritoneo correspondientes á las úlceras, están condensados por una proliferacion difusa del tejido conjuntivo, y cubiertos por numerosas nudosidades finas. Muchas veces, habiendo nacido la erupcion tuberculosa en los puntos que acabamos de citar, ha llegado hasta el mesenterio, siguiendo el trayecto de los vasos linfáticos.

§. III.—**Síntomas y marcha.**

En un caso determinado, ordinariamente es difícil reconocer si un niño escrofuloso está simplemente atacado de un catarro intestinal, ó bien si existe ya en él degeneracion caseosa y ulceracion de los folículos intestinales. Debe sospecharse la degeneracion; cuando las deposiciones diarréicas van precedidas de dolores, está el vientre sensible á la presion, y sobre todo, cuando estos fenómenos son acompañados de una fiebre lenta. No es raro que ceda la diarrea por cierto tiempo, á pesar de persistir las úlceras, y se reponga el niño; pero una insignificante falta de régimen, un enfriamiento ó cualquiera otra causa, que no siempre es posible comprobar, basta para provocar de nuevo evacuaciones líquidas y copiosas, que se repiten

con cortos intervalos. Cuando estas agravaciones de la afeccion intestinal van acompañadas de una exacerbacion de la fiebre, pierde rápidamente el niño lo que en fuerzas y robustez habia ganado. Algunas veces se prolongan estas alternativas durante años, y hasta puede faltar la diarrea durante muchos meses, sin haber seguridad en la curacion de las úlceras. Es frecuente encontrar en la autopsia, hasta cuando ya hace mucho que la constipacion ha reemplazado á la diarrea, numerosas úlceras diseminadas por la mucosa del intestino delgado, y hasta en la del intestino grueso. Esto nada tiene de extraño, si se recuerda que el estado líquido de las deyecciones depende exclusivamente del catarro concomitante, cuya intensidad está sujeta á las mismas variaciones, que la de la hiperemia y edema de alrededor de una úlcera de la piel. En los casos especialmente, en que el intestino grueso está libre de ulceraciones, y exento, por consiguiente, de catarro, las materias líquidas que llegan á él desde el intestino delgado, adquieren su densidad normal, de suerte que el enfermo evacua durante la vida cámaras blandas, y se encuentra en la autopsia excrementos sólidos en la parte inferior del intestino. Cuanto más se prolonga la enfermedad, más se pervierte la nutricion. Muchas veces parecen los enfermos mucho más jóvenes de lo que en realidad son. Así un jóven de veinte años suele tener el aire de un muchacho de trece á catorce, y hay niñas que llegan á los diez y nueve y veinte años, sin desarrollárseles las mamas ni aparecer los menstruos. En muchos casos, sólo por medio de un exámen muy atento podemos explicarnos este singular retraso en el desarrollo, llegando á averiguar que el enfermo ha padecido repetidas veces en años anteriores, diarreas rebeldes acompañadas de fiebre.

Los casos en que las úlceras escrofulosas del intestino ocasionan directamente la muerte, son mucho más raros de lo que podria suponerse. Es mucho más frecuente que los enfermos sucumban á una tísis pulmonar, desarrollada más tarde, ó á una tuberculosis secundaria.

Cuando á los síntomas de la tísis pulmonar se unen diarreas tenaces, ó bien cuando se presentan estas al mismo tiempo que los fenómenos torácicos, es muy probable que los folículos intestinales estén degenerados en materia caseosa y se hayan trasformado en úlceras. Sin embargo, ni aun en estos casos es completamente seguro el diagnóstico, puesto que cuando existen afecciones simultáneas, de los riñones sobre todo, se desarrolla algunas veces la diarrea colicuativa durante el curso de la tísis pulmonar, sin que se encuentre en la autopsia alteracion ninguna material del intestino. Estas diarreas son quizá el complemento de los abundantes sudores de los tísicos y del edema del tejido celular subcutáneo, siendo posible que la mayor fluidez del suero sanguíneo, ó lo que se llama crásis hidrópica, favorezca el desarrollo de las trasudaciones sanguíneas en el interior del tubo intestinal. Cuando la diarrea cesa, y es reemplazada por el estreñimiento y una gran sensibilidad del vientre á la presion, es todavía más probable que haya sido producida por úlceras, porque estos síntomas nos permiten creer en la existencia de una peritonitis, y sabemos que esta última complica muy á menudo á las úlceras intestinales que se extienden hasta la serosa.

La degeneracion caseosa limitada á los gánglios mesentéricos, de los cuales suelen encontrarse resíduos en el cadáver, no puede reconocerse con seguridad en el vivo. El catarro intestinal puede haber desaparecido desde mucho tiempo, y persistir, sin embargo, el infarto y degeneracion de los gánglios, así como tambien puede persistir la tumefaccion de los gánglios linfáticos periféricos, despues de desaparecer los exantemas que la hayan provocado. Es completamente excepcional que sean accesibles á la palpacion las masas de gánglios mesentéricos tumefactos, aunque sean considerables. Pero puede creerse en la existencia de esta afeccion, siempre que en un indivíduo afectado de diarreas tenaces se encuentre un considerable abombamiento del vientre, coincidiendo con infartos escrofulosos en los gánglios periféricos. En los catarros escrofulosos,

nombre con el cual designamos los catarros intestinales acompañados del infarto y degeneracion caseosa de los gánglios mesentéricos, sufren á la vez la nutricion y desarrollo de los enfermos; sin embargo, parece que la enfermedad conocida con el nombre de tisis mesentérica, no es debida á la impermeabilidad de los gánglios mesentéricos, sino que depende exclusivamente del catarro intestinal. Una vez disipado este, pueden restablecerse los enfermos, y suele encontrarse en la autopsia de indivíduos robustos, muertos de enfermedades agudas, masas cretáceas alojadas en el espesor de los gánglios mesentéricos.

Deben sospecharse las úlceras tuberculosas del intestino, en su sentido extricto, siempre que se declare la diarrea durante la tuberculosis avanzada del pulmon. Las erupciones tuberculosas secundarias en la membrana serosa del intestino, no producen más síntoma que los de la peritonitis parcial, á que por lo comun complican.

§. IV.—Tratamiento.

En el tratamiento de las afecciones escrofulosas del intestino y de los gánglios mesentéricos, debemos dirigirnos, ante todo, á combatir la predisposicion morbosa que provoca y sostiene estas afecciones. Por lo que corresponde á las medidas que deben emplearse con este objeto, podemos remitir á lo que hemos dicho en la profilaxia y tratamiento causal de la tisis pulmonar, y como quiera que todo viene á reducirse á este precepto esencial, nos limitaremos á hacer resaltar que es de una necesidad urgente gozar á los enfermos de un aire libre todo lo posible. Respecto á la indicacion del aceite de hígado de bacalao, el café de bellotas y la infusion de hojas de nogal para uso interno, y en fin, de los baños salinos, nos ocuparemos más extensamente de ella, en el artículo «escrofulosis» del tomo III. El aceite de hígado de bacalao está lejos de aumentar siempre la diarrea, de suerte que puede ensayarse si es soportado, en todos los casos en que parece indicada su administracion. Por

lo demás, el tratamiento de las úlceras escrofulosas y tuberculosas del intestino, se confunde con el del catarro intestinal crónico. Cuando la diarrea amenaza aniquilar á los enfermos, es indispensable administrarles el opio; sin embargo, antes de recurrir á él, es conveniente probar si bastan para vencerla los medicamentos astringentes y amargos, de que antes hemos tratado.—Cuando el abdómen se pone sensible á la presion, deben emplearse las cataplasmas. Si los dolores adquieren demasiada intensidad, será conveniente aplicar algunas sanguijuelas á los puntos más sensibles del vientre.

CAPÍTULO V.

CARCINOMA, Ó CÁNCER DEL TUBO INTESTINAL.

—

§. I.—**Patogenia y etiología.**

El cáncer del intestino es mucho más raro que el del estómago; casi siempre se desarrolla primitivamente, y queda por lo comun aislado en el cuerpo. La invasion del tubo intestinal por un cáncer de otro órgano, es un hecho excepcional.—La etiología de esta afeccion es sumamente oscura.

§. II.—**Anatomía patológica.**

El cáncer del intestino tiene por asiento casi exclusivo el intestino grueso, y ante todo, su parte inferior como la S iliaca y el recto. En algunos casos raros, se encuentran numerosas nudosidades cancerosas, correspondientes, tanto al intestino grueso como al delgado, perteneciendo en este último caso á los folículos de Peyero.

Lo mismo que en el estómago, se encuentra en el intestino el *escirro*, el *encefaloides* y el *cáncer alveolar* ó *coloides*. Tambien se combinan entre sí estas diversas formas cancerosas; así, suele principiar la degeneracion en el tejido conjuntivo submucoso, afectando la forma del escirro, y más adelante despues de la perforacion de la mucosa, vegetan sobre la base escirrosa masas encefaloideas. Lo que distingue al cáncer intestinal, es su gran tendencia á extenderse en el sentido del diámetro trasversal, y á formar de este modo estrecheces anulares. Muchas veces desciende á la profundidad del vientre, el segmento enfermo del intestino, por el hecho sólo de su considerable peso; al principio está perfectamente movible, pero más adelante está fijado en su posicion, á causa de que se desarrolla entre él y los órganos circunvecinos, adherencias debidas á una peritonitis parcial, ó bien á que la degeneracion cancerosa se trasmite desde el intestino á las partes inmediatas. Puede estar reducido el calibre de este conducto, al grosor de un cañon de pluma, por el tumor que se desarrolla en toda su circunferencia; la longitud de la estrechez, ordinariamente es poco considerable, y no pasa de algunas pulgadas. Por encima de la escrechez, suele estar enormemente dilatado el intestino, lleno de materias fecales y de gases, hipertrofiadas sus paredes, é inflamada en diversos grados la mucosa; por debajo de la estrechez, está el intestino vacío y deprimido. En el curso de la enfermedad, puede de nuevo ensancharse la estrechez por la fusion gangrenosa del cáncer, lo que tambien se observa en el carcinoma del esófago ó del piloro.—Algunas veces, se extiende la fusion del neoplasma hasta el peritoneo, y cuando este se destruye, se derraman en el abdómen las materias intestinales, ó bien invade la destruccion los órganos vecinos, si ha habido tiempo de formarse adherencias.—En este último caso, pueden establecerse comunicaciones anormales entre diversas partes del intestino, ó bien cuando la parte enferma está adherida á la pared abdominal, formarse fístulas estercoráceas; en fin, en los casos de fusion ulcerosa de un cáncer del recto, puede verificarse la perfora-

cion en la vajina ó vejiga. La ulceracion de la parte inflamada del intestino, situada por encima de la estrechez, puede tambien llegar á ocasionar perforaciones intestinales, y el derrame de su contenido en el abdómen, ó bien comunicaciones anormales.

§. III.—**Síntomas y marcha.**

Hay muchos casos en que es imposible diagnosticar con seguridad el cáncer del intestino. Los enfermos en quienes se desarrolla acusan dolores sordos, unas veces contínuos y otras intermitentes, en un punto determinado del abdómen. A estos dolores se unen en seguida una constipacion habitual, que ordinariamente precede á la aparicion de la estrechez, dependiendo entonces de la degeneracion de la túnica muscular, y de la interrupcion de los movimientos intestinales en el punto invadido por el cáncer. De vez en cuando aumenta mucho la constipacion, se exasperan los dolores, se hincha el vientre y se producen náuseas, vómitos y otros síntomas de oclusion intestinal; cuando desaparece la constipacion, se establece un bienestar relativo. Estos accesos se repiten con intervalos sucesivamente más cortos, aumentando de intensidad y amenazando cada vez más la existencia. Por fin, ya no se consigue vencer la constipacion, y entonces sobreviene la muerte, determinada por los síntomas del ileus. Si hasta entonces no se ha modificado el aspecto exterior ni la nutricion del enfermo, ni se ha presentado ningun tumor en el abdómen, y por otro lado la forma de los excrementos no ha suministrado ningun esclarecimiento respecto á la naturaleza probable de la enfermedad, queda envuelto el caso en la mayor oscuridad. Es cierto que se conoce que la progresion del contenido del intestino está dificultada por un obstáculo, que aumenta gradualmente; pero sólo la autopsia nos puede ilustrar de un modo positivo, sobre la naturaleza de este obstáculo.

En otros casos, no sucumben los enfermos tan rápidamente

á un ataque de oclusion aguda del intestino. Por el contrario, al mismo tiempo que la constipacion creciente y los dolores sordos en el abdómen, se desarrollan signos de una caquexia profunda, como la rápida pérdida de las fuerzas, un considerable enflaquecimiento y un tinte amarillo de la piel. Estos síntomas aumentan ya las sospechas de una estrechez cancerosa. Cuando el marasmo aumenta y los tegumentos abdominales adelgazados dejan percibir en las regiones profundas del abdómen un tumor desigual, abollado, duro, medianamente doloroso y movible por lo comun al principio, es ya imposible dudar de la naturaleza de la enfermedad.

Si el cáncer, como muchas veces sucede, reside en el recto mismo, ó algunas pulgadas por encima de él, acusan los enfermos violentos dolores en la region del sacro, los cuales se irradian hácia el dorso y los muslos. Los dolores del sacro y del dorso, son despreciados muchas veces por mucho tiempo, y considerados como signos de un mal exento de peligro, sobre todo en los casos en que, como suele suceder, se produce una dilatacion varicosa en las venas del recto, acompañada de un flujo de sangre y mucosidades por el ano. Pero por fin, la constipacion siempre creciente y la conformacion particular de las materias fecales, terminan por hacerse sospechosas. Los excrementos son sumamente delgados, unas veces redondos, y otras aplanados en forma de cintas, ó bien son pequeñas bolas análogas á los excrementos de las cabras. La expulsion de estas materias, á las cuales se adhiere una capa al principio mucosa y trasparente, y más tarde purulenta y sanguínea, va acompañada de dolores cada vez más crueles, que por fin se exasperan extraordinariamente. Algunas veces, se facilitan las cámaras cuando el cáncer está enteramente reblandecido, ó bien termina por reemplazar á la constipacion, una diarrea incoercible. A estos síntomas suelen unirse hemorragias abundantes, y en los intervalos de la defecacion hasta se derrama por el recto un líquido sanioso fétido, que corroe el ano y la piel inmediata. Si llega á perforarse la pared del recto, y la

fusion cancerosa invade la vajina y la vejiga, resultan terribles destrozos y los más crueles tormentos. Cedemos á las obras de cirujía la descripcion de este estado, así como la indicacion de las reglas que deben seguirse para la exploracion del recto con el dedo y el espéculum, medio que suministra datos esencialísimos.

La marcha del cáncer intestinal es bastante larga, fuera de los casos de que antes hemos hablado; la única terminacion posible de la enfermedad, es la muerte. Esta, tan pronto sobreviene en medio de los síntomas del ileus, desarrollados lenta ó súbitamente, como despues de un marasmo extremo, complicado muchas veces al fin, de síntomas de hidropesía y de trombosis venosa; algunas veces es acelerada la muerte por una peritonitis, que puede desarrollarse con ó sin perforacion del intestino.

§. IV.—**Tratamiento.**

El tratamiento del cáncer del intestino, no puede ser más que paliativo. Hay que tener cuidado en prescribir el régimen que produzca las ménos materias fecales posible; lo mejor es alimentar los enfermos exclusivamente con caldos suculentos, huevos pasados por agua y un poco de leche. Es preciso hacer lo posible para procurar al enfermo una cámara todos los dias, á cuyo efecto se prescriben purgantes seguros, pero poco irritantes. El más conveniente de todos es el aceite de ricino, y segun las observaciones de Henoch, la gran repugnancia que la mayor parte de los enfermos experimentan contra este medicamento, desaparece con su uso prolongado. Por lo demás, remitimos al lector á los preceptos que hemos dado en el capítulo II, sobre el tratamiento de la estrechez del intestino, y á los tratados de cirujía, por lo que concierne á la intervencion quirúrgica.

CAPÍTULO VI.

INFLAMACION DEL TEJIDO CONJUNTIVO QUE RODEA AL INTESTINO. PERITIFLITIS Y PERIPROCTITIS.

Se entiende por *peritiflitis* la inflamacion del tejido conjuntivo que fija el colon ascendente contra la fascia iliaca. En la gran mayoría de los casos, tiene este flemon por punto de partida el ciego y el colon ascendente; en otros representa una afeccion independiente, que entonces se designa con el nombre de peritiflitis reumática; en fin, otras veces se declara este flemon en los períodos ulteriores de la fiebre tifoidea, la septicemia ó la fiebre puerperal, y debe contarse entre las inflamaciones llamadas metastáticas. Puede reabsorberse la exudacion de la peritiflitis, y terminarse la enfermedad por resolucion; pero es mucho más frecuente que la inflamacion ocasione una gangrena difusa del tejido conjuntivo inflamado, formando grandes focos icorosos, que pueden ascender hasta el riñon, y que suelen extenderse por la parte inferior hasta por debajo del arco crural, hácia la cara interna del muslo. En fin, puede producirse una perforacion de la pared posterior del ciego y del colon ascendente, y de la pared anterior del abdómen ó de la piel del muslo, ó bien derramarse el contenido del absceso en la cavidad abdominal, ocasionando una peritonitis.

Cuando la enfermedad tiene por punto de partida una tiflitis, despues de desaparecer la tumefaccion superficial que corresponde al ciego inflamado, puede percibirse un tumor doloroso y profundo.

Este tumor está cubierto por el ciego lleno de aire, y da por consiguiente un sonido claro á la percusion. La presion que el tumor ejerce sobre los troncos nerviosos, suele ocasionar dolores ó un embotamiento de la sensibilidad en la pierna correspondiente, y la compresion de las venas provoca en ella

el edema. Si la inflamacion entra en resolucion, el tumor se hace cada vez más pequeño, disminuyen los dolores y se restablece rápidamente el enfermo. Si se termina por fusion icorosa y formacion de absceso, el tumor aumenta de volúmen; en los casos más favorables, se declara más ó ménos pronto la fluctuacion en el vientre ó en el muslo; una vez abierto el absceso, se escapa el pus mezclado con tejido conjuntivo mortificado, y si el enfermo no está demasiado debilitado, todavía puede obtenerse la curacion á pesar de estas condiciones; en otros casos, muere aniquilado el paciente. Cuando el foco icoroso, despues de la perforacion de la pared posterior del intestino, se vacia en el colon ascendente, la terminacion generalmente es favorable. Si, por el contrario, se abre el absceso en la cavidad abdominal, se presenta la peritonitis y conduce rápidamente á la muerte.—La marcha de la peritiflitis reumática es completamente análoga, mientras que en la forma metastática sobreviene la muerte bajo la influencia de la enfermedad general, mucho antes de producirse los trayectos purulentos y las perforaciones.

Al principio de la enfermedad se harán, como en la tiflitis, aplicaciones de sanguijuelas, que podrán repetirse con frecuencia; más tarde se pondrán cataplasmas. Tan pronto como se manifieste la fluctuacion, debe abrirse el absceso.

La *periproctitis* es una inflamacion del tejido conjuntivo que rodea el recto; se desarrolla unas veces en el curso de una inflamacion ó degeneracion aguda ó crónica del recto, y otras como complicacion de alguna afeccion de la pelvis ó de los órganos que encierra, y otras, en fin, como síntoma de inflamaciones metastáticas múltiples, del mismo modo que hemos visto en la peritiflitis. Pero aparte de estas condiciones, vemos tambien desarrollarse con mucha frecuencia la periproctitis, en los individuos atacados de tísis pulmonar é intestinal. El orígen de esta complicacion está envuelto en la oscuridad, puesto que la hipótesis que hace depender la inflamacion del tejido conjuntivo, de una fusion purulenta de los gánglios lin-

fáticos, atacados de degeracion caseosa, no tiene ningun carácter de certeza.

La periproctitis aguda puede terminarse por resolucion; pero es más comun que ocasione abscesos que despues se abren al exterior ó en el recto. La periproctitis crónica determina una condensacion é induracion considerables del tejido conjuntivo inflamado; pero por lo comun se verifica una supuracion parcial, y se forman úlceras fistulosas difíciles de curar.

Al principio de la periproctitis aguda, se nota una tumefaccion dura y dolorosa en el periné, cerca del coccis. Si se introduce el dedo en el recto, se reconoce muchas veces al tacto, la infiltracion del tejido conjuntivo. Los enfermos no pueden estar sentados, y experimentan los más violentos dolores al defecar.—Si la inflamacion pasa á la supuracion y se prefora el absceso hácia adentro, van aumentando los dolores, se produce un violento tenesmo, y en fin, son evacuadas por el ano materias purulentas y muy fétidas. Tal es el origen de la fístula ciega interna del recto. Si el absceso se abre al exterior, se produce la fluctuacion en el centro del tumor del periné, ó de alrededor del coccis, abriéndose paso al exterior las materias ya citadas. De este modo puede producirse una fístula ciega externa del recto.—Los síntomas de la periproctitis crónica, permanecen oscurecidos hasta el instante en que la enfermedad ocasiona estrecheces del recto, y están oscurecidos por los síntomas de la afeccion de la mucosa, ó de las otras enfermedades que han podido ocasionar la periproctitis. Si se forman abscesos, se hacen muy vivos los dolores y sobrevienen síntomas idénticos á los que hemos mencionado más arriba.

Al principio se procurará obtener la resolucion de la inflamacion, principalmente por el empleo del frio; más tarde se harán aplicaciones de cataplasmas y fomentos calientes, y se abrirá el absceso cuanto antes, para prevenir la perforacion del recto ó de la vejiga.

CAPÍTULO VII.

HEMORRAGIAS Y DILATACIONES VASCULARES DEL INTESTINO. HEMORROIDES.

§. I.—Patogenia y etiologia.

Las hemorragias de la parte superior del tubo intestinal, se producen en las mismas condiciones que las hemorragias del estómago. Por lo comun dependen de éxtasis intensos en el sistema de la vena porta, como existen sobre todo en la cirrosis del hígado. En otros casos son atacados los vasos por un trabajo de ulceracion de la mucosa intestinal; estas hemorragias se observan durante la fiebre tifoidea, la disentería, y algunas veces tambien en el curso de la tísis intestinal. En fin, hay hemorragias del intestino que dependen de estados patológicos de las mismas paredes vasculares, á pesar de la ausencia total de lesiones apreciables por el microscopio; de este número son las hemorragias intestinales de la fiebre amarilla, el escorbuto, etc.

Las dilataciones varicosas de las venas del recto (hemorroides secas, tumores hemorroidales), y las hemorragias originarias de estos vasos (hemorroides con flujo ó flujo hemorroidal), se cuentan entre las afecciones más comunes. No hace todavía mucho tiempo, que se las consideraba como manifestaciones de una enfermedad constitucional particular, la enfermedad hemorroidal, y segun las ideas generalmente admitidas, constituian estas manifestaciones la localizacion más favorable de esta enfermedad; se consideraba como mucho más perjudicial se localizase en otros órganos, que hubiese lo que se llamaba «traslado de las almorranas á la cabeza, pecho, ó

abdómen.» Estas ideas están abandonadas generalmente, desde que se sabe la gran importancia que tienen las condiciones puramente mecánicas, en la produccion de las dilataciones venosas y de las hemorragias del recto, y cuán en contradiccion está, por consiguiente, la teoría del pretendido cambio de sitio de las hemorroides, con los hechos. No es ménos cierto, sin embargo, que la patogenia y etiología de esta afeccion ofrecen todavía mucha oscuridad.

La condicion más importante para la produccion de las hemorroides, nombre comun, bajo el cual designaremos las dilataciones venosas y las hemorragias del recto, es necesariamente un obstáculo al paso de la sangre, causa tan frecuente de las fleviectasías en general.

La depleccion del plexo hemorroidal puede estar impedida:

1.° Por un *acumulo de materias fecales en el recto*, la presencia de *tumores en la pelvis* y por el *útero dilatado*, siendo las más frecuentes de todas las hemorroides debidas á cualquiera de estas causas.

2.° Puede estar impedido el paso de la sangre por la *compresion ú obliteracion de la vena porta*. Así, veremos comprendidas las hemorroides entre los fenómenos más comunes de éxtasis sanguíneo, que determina la cirrosis del hígado. Parece producirse un efecto completamente análogo por la *repleccion de la vena porta*, y tal vez la frecuencia de las almorranas en los individuos que se entregan á los excesos de la mesa, encuentren su más sencilla explicacion en este fenómeno. Durante la digestion, los líquidos del intestino pasan en mayor cantidad á las venas de este conducto; así es, que sabemos que la mayor plétora que de aquí resulta para el sistema de la vena porta, impide la depleccion de las venas esplénicas, de lo cual resulta una dilatacion del bazo á cada digestion. Sentado esto, se concibe fácilmente que los excesos de comida y bebida, deben hacer más intensa y persistente esta congestion de la vena porta, que de ello resulte tambien la dilatacion de otras venas

que desembocan en la porta, las cuales quedarán dilatadas permanentemente si los excesos se repiten. Esta explicacion, por hipotética que sea, no es más aventurada que otras que se han dado para explicar el desarrollo de las hemorroides, á consecuencia de excesos de comida y de bebida.

3.° El obstáculo á la circulacion en las venas del plexo hemorroidal, puede estar situado más allá del hígado, en el pecho. Así, en ciertas *enfermedades del pulmon* que tienen por efecto la compresion ó impermeabilidad definitiva de cierto número de capilares, vemos desarrollarse muchas veces hemorroides, que ordinariamente toman los enfermos por la causa, y no como efecto, de su afeccion pulmonar. De la misma manera, en las *enfermedades del corazon*, se producen las almorranas al mismo tiempo que otros efectos de la plétora venosa.

Sin embargo, los obstáculos de la circulacion que acabamos de citar, ordinariamente no bastan para dar orígen á las hemorroides. No hay en ellos una relacion constante entre la frecuencia de este accidente y la importancia de este obstáculo; así, pueden faltar las hemorroides á pesar de las mayores dificultades que muchas veces se oponen al paso de la sangre del plexo hemorroidal, mientras que en otros casos, en que el obstáculo sólo consiste en una constipacion pasajera, pueden ser muy intensas. Lo mismo sucede con las varices de las piernas en las mujeres embarazadas: en unas se declaran desde los primeros meses del embarazo, y adquieren inmediatamente un gran desarrollo; en otras faltan hasta en los últimos meses del embarazo, á pesar de la gran abundancia del líquido amniótico, las grandes dimensiones del feto, y cualquiera que sea la posicion que ocupe en el útero. Estas diferencias parecen probar que las paredes venosas son más dilatables en unos indivíduos que en otros, cuyas diferencias de tonicidad tienen la mayor influencia en el desarrollo de las flevectasias en general, y sobre el de las hemorroides en particular. Esta gran laxitud de las paredes venosas, es congénita en muchos casos. No puede negarse el hecho de que todos los miembros de cier-

tas familias, aun á través de muchas generaciones sucesivas, han sufrido de hemorroides, lo cual no se explica sino suponiendo un estado particular de los vasos, trasmitido por herencia. En otros casos, por el contrario, la laxitud de las venas del recto se adquiere indudablemente, por las lesiones nutritivas determinadas por los catarros crónicos del recto, en las paredes venosas. Hemos dado á conocer entre los signos anatómicos del catarro crónico de todas las mucosas, la dilatacion de las venas, y encontraremos, por consiguiente, muy natural, que las del recto, que por su situacion están especialmente expuestas á la dilatacion, presenten tambien este estado varicoso en el catarro crónico de la mucosa de este órgano. Las numerosas causas de irritacion que obran sobre la extremidad del intestino grueso, y la frecuencia de las enfermedades agudas y crónicas, que teniendo por punto de partida los órganos circunvecinos, afectan tambien al recto, y por último, los trastornos circulatorios de que antes hemos tratado, explican suficientemente la frecuencia del catarro crónico del recto, y tambien, por consiguiente, de la relajacion de las venas de este conducto.

Ordinariamente se admite que la plétora general es tambien una causa de hemorroides, y que estas hemorragias tienen una significacion crítica para los accidentes debidos á la plétora. A la verdad no podrá negarse que en los indivíduos que, sobre todo despues de terminar su crecimiento, absorben más materiales de los que necesitan para el sostenimiento de la economía, se desarrollan muchas veces hemorroides, y que por otra parte, la gota, los catarros crónicos y otros estados morbosos que se encuentran con bastante frecuencia en esta clase de individuos, ordinariamente se mejoran despues de un flujo hemorroidal. Sin embargo, no pueden atribuirse las almorranas, lo mismo que los demás fenómenos que se observan en estos casos, á una plétora general, es decir, á un aumento absoluto del contenido de los vasos, puesto que nada prueba que este estado persiste por mucho tiempo, sino que

por el contrario, parece que la congestion vascular tendrá por efecto una mayor actividad de las secreciones, mientras la desproporcion no desaparezca. Las modificaciones sufridas por la sangre, cuando recibe demasiados materiales (¿será tal vez una concentracion anormal?), no están suficientemente conocidas, por cuya razon la patogenia de los estados morbosos que se desarrollan en estas condiciones, es sumamente oscura.

Las hemorroides son más raras en los niños que en los adultos, lo cual se explica por la circunstancia de que en esta edad son tambien ménos comunes los trastornos anteriormente señalados de la circulacion, y el catarro crónico del recto. Por otra parte, se comprende fácilmente, porque se cita entre las causas determinantes de las hemorroides, una vida sedentaria, el uso de alimentos irritantes, el abuso de los drásticos y el empleo excesivo y extemporáneo de las lavativas. Si es cierto que las hemorroides son más raras en las mujeres que en los hombres, que se observan más á menudo en los paises cálidos, y que los excesos venéreos tienen el poder de provocarlas, es difícil invocar, para explicar estos hechos, ninguna de las causas antes señaladas.

§. II.—Anatomía patológica.

Siendo ordinariamente de orígen capilar las hemorragias de la parte superior del tubo digestivo, casi nunca puede descubrirse su orígen en la autopsia. Algunas veces, en casos de hemorragia capilar del intestino, se observa una sufusion sanguínea más ó ménos extensa de la mucosa, lo cual prueba que el derrame sanguíneo no se ha verificado exclusivamente en la superficie, sino tambien en el tejido mismo de la mucosa. Despues de las hemorragias ocasionadas por las úlceras intestinales, ordinariamente se ven coágulos adheridos á las úlceras que han dado la sangre, viéndose además una sufusion sanguínea en el fondo y bordes de las úlceras.—La sangre derramada es unas veces líquida y otras algun tanto coagula-

da; rara vez es roja, sino que por lo comun tiene un color oscuro de chocolate, y está trasformada en una masa pegajosa y negra parecida á la pez.

Las dilataciones varicosas de las venas del recto, que se llaman hemorroides secas, se encuentran casi exclusivamente en la extremidad de este conducto, bien inmediatamente encima del esfinter ó bien cerca de las márgenes del ano. Las primeras constituyen las hemorroides *internas*, y las segundas las hemorroides *externas*. Al principio la dilatacion venosa es difusa, y forma una apretada red azul; más tarde se ven varices aisladas y distintas, que muchas veces forman una especie de corona al rededor del ano. Al principio las varices son pequeñas, implantadas sobre una ancha base, y aparecen y desaparecen por intervalos; más tarde pueden adquirir el tamaño de una cereza, ó llegar á ser todavía más voluminosas. Pero como las varices internas son arrojadas fuera del ano durante la defecacion, y arrastran consigo la mucosa, esta última forma en seguida un pedículo, que muchas veces las permite permanezcan colocadas delante de la abertura; en este estado, se las encuentra unas veces renitentes y otras flácidas; pero una vez formadas, jamás desaparecen por completo estas bolsas. El aspecto y estructura de los tumores hemorroidales, se modifican con el tiempo. Azulados al principio y provistos de paredes débiles y delicadas, contraen más tarde adherencias con la mucosa bajo la influencia de inflamaciones crónicas muy repetidas, pierden su aspecto azulado, y llegan á tener paredes gruesas y resistentes. Bastante á menudo se reunen las varices próximas, no quedando más que vestigios de los intervalos que las separaban, formándose de esta manera grandes y sinuosas bolsas, á las cuales van á desembocar muchas venas. Algunas veces se forma en las varices un trombus que las llena y oblitera, quedando por último impermeables.—Las varices grandes, rechazadas hácia fuera por los esfuerzos de la defecacion, pueden ser extranguladas hasta el punto de inflamarse y aun gangrenarse; en otros casos se inflama y ulcera

la mucosa en la raiz de los tumores, resultando despues úlceras hemorroidales; en otros casos invade la inflamacion el tejido inmediato, y se forma una periproctitis que puede ocasionar fístulas del ano.

El flujo hemorroidal proviene en parte de la rotura de las varices; sin embargo, las pequeñas hemorragias ordinariamente proceden de los capilares excesivamente llenos.

La mucosa del recto está relajada, muchas veces muy hinchada y formando pliegues, y además algo hipertrofiada y de un color grisáceo. El tejido submucoso es muy abundante, y está laxo y muy vascularizado, lo mismo que la mucosa. Esta última generalmente se halla cubierta de una mucosidad blanquecina y viscosa, compuesta de una mezcla de masas epiteliales y de moco propiamente dicho (Virchow).

§. III.—Síntomas y marcha.

Segun hemos visto en el párrafo I, las hemorragias de las partes superiores del intestino son siempre fenómenos dependientes de importantes procesos morbosos, entre cuya sintomatologia respectiva encontrarán su descripcion.

La descripcion de las almorranas, segun se ha dado en los antiguos tratados de patologia, y tal como el público la comprende hoy todavía, establece tres grupos de síntomas diferentes:

1.° Embarazo local, provocado por el catarro, las varices y las hemorragias (hemorroides mucosas secas y con flujo).

2.° Padecimientos periódicos, locales y generales, que preceden al aumento de dilatacion de las varices y á las hemorragias del recto, aliviándose por la presencia de estas últimas (molimen hemorroidal).

3.° Fenómenos permanentes, que indican una afeccion constitucional, ó de algun órgano distante, y que tambien se aminoran por la presencia de un flujo hemorroidal (hemorroides desviadas), ó bien cuando se declara una hemorragia en otro punto (hemorroides suplementarias).

Esta última série debe eliminarse de la sintomatología de las hemorroides. Si la plétora venosa abdominal dependiente de una cirrosis del hígado, se alivia por un flujo de sangre verificado por el recto, y despues de esta hemorragia se disipan por cierto tiempo la dispepsia, flatulencia y la tristeza hipocondriaca, esto, sin embargo, no nos autoriza á considerar los síntomas desaparecidos como manifestaciones de una afeccion hemorroidal. Tampoco nos está permitido considerar los catarros bronquiales, ó los accesos de gota que se presentan en los indivíduos llamados pletóricos, como una manifestacion de hemorroides anormales ó desviadas, por más que ofrezcan remisiones despues de una pérdida de sangre hemorroidal.

Por lo que corresponde al molímen hemorroidal, debemos asociarnos á la opinion de Virchow, el cual les considera como signos de una recrudescencia del catarro del recto. Los enfermos perciben una sensacion de tension y quemadura en el ano, igual á la que se nota en otras mucosas afectadas de catarro agudo, ó de una recrudescencia de un catarro crónico. A esta sensacion se unen intensos dolores del sacro ó del dorso, que recuerdan las violentas cefalalgias que acompañan á los catarros de la nariz y de los senos frontales. El estado general, á su vez experimenta en esta afeccion los mismos trastornos que determinan los catarros de otros órganos: los enfermos se ponen endebles, indolentes y de mal humor Las molestias que provocan las varices, cuya tumefaccion aumenta por la mayor hiperemia, completan el cuadro de las congestiones hemorroidales. En muchos casos se verifica una pérdida de sangre en el momento de llegar á su punto culminante, las molestias del enfermo; esta pérdida de sangre ejerce inmediatamente una favorable influencia, sobre el catarro y la turgencia de las varices, sintiéndose inmediatamente aliviado el enfermo, ó hasta libre de todos sus padecimientos. Si al cabo de cierto tiempo se ve atormentado el enfermo por un nuevo molímen, es muy natural que espere con impaciencia la bienhechora hemorragia. Si se consigue disipar el catarro y conges-

tion de las varices por cualquier otro medio, por ejemplo, combatiendo la constipacion, de que dependen el exagerado éxtasis y la hiperemia del recto, se disipa tambien el molímen sin hemorragia.

Las molestias locales que resultan de las almorranas, varian segun el número, tamaño y turgencia de las varices. Al principio son débiles, perciben los enfermos la sensacion de un cuerpo extraño en el ano, no declarándose los dolores sino cuando hay constipacion. Más tarde, cuando el ano está rodeado por una corona de varices voluminosas, ó sólo hay algunas muy grandes y muy tensas, tienen los enfermos dolores contínuos, y no pueden permanecer sentados; basta entonces una deposicion blanda para ocasionarles dolores intensos, que desaparecen con mucha lentitud, y les obliga muchas veces á contenerse con gran detrimento suyo. Estos dolores tienen su mayor intensidad, cuando tumores de cierto volúmen son arrojados por delante del ano, quedando extrangulados é inflamándose.

Las pérdidas de sangre hemorroidales, ordinariamente ocurren durante la defecacion; cuando son capilares, la cantidad de sangre que se adhiere á los excrementos es corta; por el contrario, cuando provienen de varices rotas, puede llegar á muchas onzas la cantidad de sangre derramada. Es raro que la hemorragia llegue á ser bastante considerable para ofrecer peligros.

Las hemorroides llamadas mucosas, se limitan á la expulsion del producto de secrecion catarral, mencionado más arriba; una parte de este producto es evacuada con las materias fecales, y el resto va siendo expulsado poco á poco del recto, sin mezcla de excrementos. Muchas veces existen solamente síntomas de hemorroides mucosas durante un tiempo bastante largo, y sólo más tarde aparecen las hemorroides secas ó con flujo.

Se comprende fácilmente que la marcha de la enfermedad sea por lo comun larga, vista la persistencia de las causas que

la provocan. Si estas sólo obran por poco tiempo, pueden tambien curarse definitivamente las hemorroides, despues de una corta duracion.

La variedad de los síntomas que ofrecen estos tumores despues de una duracion más ó ménos larga de la enfermedad, ha dado orígen á las hipótesis más diversas. Se les ha comparado sobre todo á la menstruacion, y hasta se ha llegado á atribuir cierta influencia sobre la marcha de la enfermedad, á las fases de la luna. Si en ciertas épocas se encuentran bien los enfermos, mientras que en otras acusan tormentos más ó ménos vivos, puede en muchos casos apreciarse las causas de estas agravaciones; unas veces, es una constipacion que ha venido á oponer un mayor obstáculo á la depleccion de las venas del recto; otras, los mismos enfermos han ocasionado con sus excesos una plenitud del sistema de la vena porta, y con ella un éxtasis de las venas hemorroidales, ó bien se han expuesto á la accion de cualquiera otra causa, que en vez de provocar un catarro nasal ó bronquial, agrava en ellos el catarro del recto, que es su órgano vulnerable por excelencia. En otros casos, no puede invocarse ninguna causa de estas, sino que suele presentar agravaciones en ciertas épocas, como otras enfermedades, lo cual no es una razon para entregarnos á hipótesis más ó ménos aventuradas.

En fin, es muy comun hablar de la influencia peligrosa que puede ejercer la supresion de flujos hemorroidales, cuando han llegado á ser *habituales*. Esta opinion no está desprovista de fundamento, con tal que no se crea que el flujo hemorroidal sea resultado de un esfuerzo de curacion, de la naturaleza. El recto es tal vez el órgano cuyas enfermedades ménos afectan á la totalidad del organismo, estando más preservados aquellos enfermos en quienes se afecta con facilidad por la accion de una causa morbífica, que aquellos otros que en idénticas ocasiones contraen una enfermedad del estómago ó de los bronquios. Así, cuando por una causa cualquiera contraen, por excepcion, los primeros una enfermedad de alguno

de los órganos citados, les es muy perniciosa; mientras que si contraen hemorroides, casi se les puede felicitar del mismo modo que á un individuo, que habiéndose expuesto á un fuerte enfriamiento, principia á estornudar, y prueba de este modo que se ha librado por un simple romadizo.—La ausencia de las hemorroides, puede tambien tener malas consecuencias, cuando existe una plétora abdominal dependiente de obstáculos mecánicos, y que de cuando en cuando se aliviaba por hemorragias del recto, ó bien cuando estas operaban una remision en los catarros bronquiales y demás enfermedades, que ordinariamente se desarrollan en los individuos que pasan de cuarenta años, y tienen una vida regalada. Pero como en definitiva, lo que importa en estos casos es la pérdida de sangre, y como esta puede muy bien reemplazarse por medio de emisiones sanguíneas, sólo perjudicará realmente cuando el médico haya desconocido la indicacion de estas últimas.

§ IV.—**Tratamiento.**

Cuando el catarro y las dilataciones varicosas de las venas del recto, han sido provocados por el acumulo repetido de excrementos duros, la *indicacion causal* exige, ante todo, se regularicen las evacuaciones. Sin embargo, sólo en los casos de absoluta necesidad, se suele administrar contra la constipacion de los individuos atacados de hemorroides, los drásticos enérgicos, tales como el áloes y la coloquíntida, á causa de que se teme su accion irritante sobre la mucosa del recto, y se prefiere prescribir el azufre sublimado (flores de azufre), ó el azufre precipitado (magisterio de azufre), medios que desde muy antiguo gozan de mucho favor en el tratamiento de las hemorroides. Ordinariamente se da el azufre asociado al tartrato neutro de potasa (tártaro soluble), ó el cremor de tártaro. Una de las prescripciones más usadas, es la siguiente: R.ª azufre lavado, 8 gramos; óleo sacaruro de limon y azúcar blanca, *ana*. 12 gramos. Mézclese. Para tomar una cucharada de café dos ó tres veces por dia.

Si esta prescripcion no conduce al objeto deseado, se le añaden algunos gramos de sen ó de ruibarbo. Tambien se usa mucho otra fórmula, en la cual entra el azufre, y son los polvos de regaliz compuestos (mezcla de sen, azufre, regaliz, anís y azúcar), de los que se hace tomar algunas cucharadas de café en el trascurso del dia. Las lavativas, por lo general, no convienen, puesto que aun aplicándolas con la mayor precaucion, se irrita fácilmente el recto.—Cuando una cirrosis del hígado, ó enfermedad del pulmon ó del corazon, forma la base de las hemorroides, generalmente nos es imposible llenar la indicacion causal. Tambien en estos casos conviene administrar el azufre tan pronto como las cámaras se retrasan, á fin de que al primero no llegne á reunirse un segundo obstáculo. Puesto que hemos debido citar la plenitud de la vena porta como una de las causas determinantes de las hemorroides, á consecuencia de excesos en la comida ó bebida, es evidente que estos enfermos no deberán hacer comidas demasiado frecuentes y abundantes.—En fin, por lo que corresponde al tratamiento causal de esta especie de hemorroides, que se desarrollan al mismo tiempo que otros desórdenes, despues de grandes excesos en la mesa, debemos hacer cargos muy severos á los indivíduos que acostumbran á cometer tales excesos. Si en en estos casos existe realmente una plétora, no podemos explicárnosla más que de una manera, y es: que cuando el suero sanguíneo encierra una mayor cantidad de sustancias protéicas, de albúmina sobre todo, no deja trasudar la misma cantidad de líquido que se exhala de los vasos, cuando están llenos de una cantidad normal de sangre, y que contiene la albúmina en proporciones normales, mientras no se aumenta la presion sanguínea, y los vasos están excesivamente llenos. En cuanto á la secrecion urinaria, puede considerarse como un hecho cierto, que la cantidad de urina disminuye á medida que aumenta la proporcion de albúmina, en el suero sanguíneo. La opinion del vulgo está tambien acorde con la de los médicos, bajo el concepto de que un indivíduo no se pone pletórico, porque

coma ó beba mucho, sino porque se alimenta de *sustancias muy nutritivas* y absorbe *mucho alcohol*. Sin tomar parte en la controversia que se ha suscitado con motivo de saber si en lo que se ha convenido llamar plétora, se trata de un aumento real de la masa de la sangre, ó simplemente de un aumento de las células y de la albúmina, contenidas en este líquido (policitemia é hiperalbuminosis, Vogel), podemos formular para estos individuos, reglas higiénicas que están á la vez conformes con los datos de la experiencia vulgar y con el razonamiento fisiológico. Es preciso:

1.° Restringir el uso de los alimentos protéicos: los enfermos no comerán huevos ni carne sino en corta cantidad y una sola vez al dia; por el contrario, se les debe aconsejar las legumbres, sobre todo las raices, frutas, féculas, arroz, etc.

2.° Deben aumentarse las deperdiciones orgánicas; los paseos frecuentes, ejercicios musculares, la costumbre de beber grandes cantidades de agua en una palabra, todo lo que tiende á acelerar el cambio orgánico es tan racional, como la abstencion del aguardiente, el té y el café, sustancias cuya absorcion parece hacer más lento este cambio.

3.° Los enfermos parecen encontrarse muy bien por el uso de los purgantes salinos, sobre todo el sulfato de sosa y del cloruro de sodio, tomados por mucho tiempo y en pequeñas cantidades, como sucede con el tratamiento por ciertas aguas minerales. Si se confirma que el uso de estas aguas hace á la sangre más rica en sales y más pobre en albúmina (Vogel, C. Schmidt), tenemos ya una explicacion racionalísima de sus magníficos resultados en el tratamiento de la plétora.

Cuando de vez en cuando se ven atormentados los enfermos de molestias soportables, que despues de durar cierto tiempo se mejoran por hemorragias espontáneas, la indicacion de la enfermedad no reclama ninguna medida particular; hay que contentarse entonces con llenar en lo que sea posible la indicacion causal. Cuando están, por el contrario, los enfermos atormentados por violentos molímenes, que no se mode-

ran sino despues de que se ha combatido una constipacion rebelde, debe hacerse una aplicacion de 4 ó 6 sanguijuelas al ano. Se sostiene el flujo de la sangre recomendando al enfermo se siente sobre una silla perforada, cuyo vaso inferior contenga agua caliente. Este medio es todavía más útil cuando una congestion y tension más considerables de los tumores ocasionan dolores, ó bien cuando hemorroides mucosas van acompañadas de un tenesmo muy penoso.—En cuanto á los flujos sanguíneos moderados, sobre todo aquellos que prometen el alivio de afecciones existentes, es prudente respetarlos, y no emplear el frio ni los astringentes, sino cuando la pérdida llega á ser muy considerable. Cuando algunas hemorroides internas son arrastradas fuera del orificio y extranguladas de este modo, se les reduce por medio de una presion moderada, cubriéndose los dedos con un trapito untado de aceite y bajándose el enfermo manteniendo separadas las piernas y apoyada la parte superior del cuerpo en una cama. Las hemorroides inflamadas se cubrirán con compresas de agua fria ó de agua blanca. Pasamos en silencio la descripcion de las operaciones quirúrgicas.

Nuestra opinion sobre las hemorroides, no nos permite seguir la costumbre general de describir los medios recomendados para restablecer las hemorroides suprimidas. Felizmente para los enfermos, los remedios empleados para ello, como son emisiones sanguíneas periódicas, baños de asiento calientes, aplicacion de supositorios irritantes y drásticos, casi nunca tienen por resultado la reaparicion de las hemorroides, mientras que todo lo que está razonablemente permitido esperar de ello, se obtiene ordinariamente á beneficio de emisiones sanguíneas periódicas.

CAPÍTULO VIII.

NEUROSIS DEL INTESTINO.—CÓLICOS.—ENTERALGIA.

§. I.—Patogenia y etiología.

Las neurosis de la sensibilidad en el dominio del plexo mesentérico, es decir, los cólicos, en su sentido extricto, no tienen nada de frecuentes. Por razones de analogía puede suponerse que estos dolores pueden ser debidos algunas veces á una afeccion orgánica de los gánglios y plexos nerviosos, dependientes del gran simpático, si bien nada nos prueba la realidad de este orígen. La frecuencia de las neuralgias mesentéricas en las mujeres histéricas, parece apoyar su orígen reflejo; en fin, el cólico saturnino es el ejemplo más notable, de una neurosis debida á un envenenamiento. En este último, parece, sin embargo, que no se trata de una simple neurosis de la sensibilidad, ó hiperestesia, sino que al mismo tiempo existe una neurosis del movimiento, ó hiperkinesia, puesto que el intestino se halla doloroso y contraido espasmódicamente. El plomo, cuyo paso á la economía ocasiona el cólico saturnino, que es uno de los síntomas del envenenamiento por la misma sustancia, es en parte respirado en un estado de division muy fina, en parte reabsorbido por el intestino, y absorbido tambien algo por la mucosa nasal. La enfermedad, pues, se observa en los trabajadores de las fábricas de albayalde, obreros de las fundiciones de plomo ó de plata, tintoreros, molenderos de colores, alfareros, fundidores de letras de imprenta, impresores, y en general en los indivíduos que viven en una atmósfera impregnada de moléculas de plomo. El abuso de las preparaciones plúmicas bajo la forma de medicamentos, las sofisticaciones del vino ú otros líquidos por el acetato de plomo, la mezcla accidental de preparados plúmbicos con estas sustancias, son causas de cólicos saturninos, mucho más raros hoy que el modo de

intoxicacion citado en el primer lugar. Sin embargo, el célebre cólico de Devonshire, el de Poitou y otros varios, epidémico y endémico, que se parecian mucho en sus síntomas al cólico saturnino, dependian probablemente de una intoxicacion de las poblaciones por líquidos que contenian plomo, y no por sustancias vegetales (1). En algunos casos raros, pero evidentes, se ha presentado el cólico saturnino en personas que acostumbraban á tomar rapé conservado entre planchas de plomo.—La predisposicion al cólico saturnino varia mucho; sin embargo, no se conocen como causas predisponentes más que la gran tendencia á las recidivas, que quedan despues del primer ataque; todas las demás causas que se dice aumentan la predisposicion á esta enfermedad, tales como los desarreglos, el abuso de los espirituosos, etc., no merecen siquiera la pena de mencionarse, puesto que se les cita siempre que no es posible descubrir una causa morbosa más evidente.

Por *colicos, en su sentido más lato*, se entiende, aparte de las neurosis del plexo mesentérico, todas las afecciones dolorosas de los intestinos, que no provienen de una inflamacion ni de una alteracion de textura de la pared intestinal. Así, al tratar de la *helmintiasis*, nos ocuparemos de cólicos, así como los hemos citado entre los síntomas de la tiflitis estercorácea, la estrechez y la oclusion del intestino. Pero al tratar de estas últimas enfermedades, ya hemos establecido cierta distincion entre los dolores que preceden á la inflamacion, ó por otro nombre cólicos, y los que la acompañan y dependen de ella. La misma causa morbífica que hoy provoca un cólico, podrá ocasionar mañana una colitis. No siempre es posible explicar por qué concurso de circunstancias se hallan los nervios sensibles del intestino, en un estado de exagerada excitacion en estos cólicos; pero podemos suponer que los dolores provienen siempre de irritaciones sufridas por las terminaciones periféri-

(1) A estos podríamos añadir por nuestra parte, el llamado *cólico de Madrid*, que debido á las mismas causas, hoy ha desaparecido, merced á lo que ha mejorado la policía de la poblacion y á la diferencia de aguas que la surten.—(*N. del T.*)

cas de los nervios, lo cual debia obligarnos á separar esta forma de cólicos de las neurosis intestinales propiamente dichas. La causa más frecuente de los cólicos, es sin contradiccion la excesiva distension de una parte del intestino, y la tirantez que por ella sufre la pared intestinal; parecen producir este efecto ante todo, el acumulo de gases intestinales libres, en una asa intestinal, á la que distienden demasiado. Muchas veces puede percibirse claramente que los gases contenidos en el intestino son lanzados por las contracciones de este conducto, contra una columna de excrementos, ó contra algun otro obstáculo que impide su progresion, y que llegados á este punto, ocasionan los dolores más intensos; en otros casos, los gases acumulados son impelidos por las contracciones del intestino de un punto á otro, y al cambiar de sitio hacen variar tambien el dolor. Atribuir los dolores provocados por este *cólico flactulento* á la accion irritante de los gases sobre la mucosa intestinal, es tan inadmisible como hacerlos depender de la presion que las contracciones de los músculos intestinales, ejercen sobre los nervios del intestino. Siendo la causa más frecuente del acumulo de gases, las descomposiciones de las materias contenidas en él, se comprende fácilmente que sean muchas veces acompañadas de los síntomas del cólico ventoso, las enfermedades en que estas materias sufren descomposiciones anormales. Esto se aplica ante todo al catarro del intestino, provocado por el paso de alimentos no digeridos desde el estómago al intestino, ó por la retencion prolongada de las materias fecales. Como en los niños es muy frecuente que pase leche no digerida y en via de descomposicion, del estómago al intestino, el *cólico de los niños* (colica infantum), es uno de los males más comunes. Si las sustancias descompuestas se alejan del intestino antes de que la mucosa haya tenido tiempo de ser invadida por el catarro, puede el cólico ser el único síntoma de los procesos anormales que se desenvuelven en el tubo intestinal. Así como el cólico flactulento es debido á un acumulo de gases en una parte del intestino, el *cólico estercoráceo* á

su vez, parece determinado por masas de excrementos que distienden el intestino, y el *cólico verminoso* por el apelotonamiento de la solitaria, ó por masas de lombrices que producen el mismo efecto. Es cierto que se acostumbra á llamar tambien cólicos, á los dolores de vientre que se producen por el uso de drásticos fuertes, ó la ingestion de alimentos nocivos; pero las modificaciones que experimenta la secrecion de la mucosa intestinal en los indivíduos que han tomado drásticos, ó comido frutas verdes y otras muchas sustancias, parecen probar que en estos casos, se trata más bien de ligeros fenómenos inflamatorios de muy corta duracion, y que desaparecen tan pronto como son expulsadas las sustancias que les han ocasionado. Pueden muy bien compararse estos dolores á los que provoca la aplicacion de un sinapismo sobre la piel, los cuales tambien desaparecen en el momento que se retira aquel. Quizá tambien debamos interpretar del mismo modo, muchos casos del cólico verminoso, sobre todo aquellos en que los accidentes dolorosos van seguidos de la evacuacion de muchas mucosidades.

En los cólicos muy dolorosos y muy tenaces, que sobrevienen á consecuencia de enfriamientos de la piel, y sobre todo de los piés y del abdómen, parece que las fibras musculares del intestino están afectadas del mismo modo que los músculos de otros órganos, en las enfermedades reumáticas; lo cual parece justificar hasta cierto punto el nombre de *cólico reumático*, con el cual se designan estos accidentes.

§. II.—**Síntomas y marcha.**

Romberg describe la *neuralgia mesentérica* en los términos siguientes: «El dolor parte del ombligo, y se extiende hácia el empeine por accesos, con intervalos de reposo. El dolor es dislacerante, terebrante, gravativo, dando por lo comun la sensacion de una torsion ó de un pinchazo doloroso, precedido y seguido de un malestar indefinible. El en-

fermo está inquieto, busca el alivio cambiando de posicion y comprimiendo el hipogastrio, las manos, piés y mejillas están frias al tacto; la cara se halla contraida, las cejas fruncidas y los labios contraidos, traducen el dolor. El pulso es pequeño y duro. Los tegumentos abdominales, abombados ó contraidos, siempre están tensos. Muchas veces sobrevienen náuseas, vómitos, disuria, espasmo vesical, y algunas veces tenesmo. Ordinariamente hay constipacion, y muy rara vez las cámaras son libres ó aumentadas. La duracion de estos accesos varia entre algunos minutos y horas enteras, con algunos intervalos de reposo. Despues, y de pronto, cesa como por encanto el acceso, reemplazándole una sensacion de bienestar infinito: su marcha, aunque periódica, es ménos regular que la de otras neuralgias.

La invasion del *cólico de plomo* tiene casi siempre por prodromos fenómenos de discrasia saturnina. Los enfermos están flacos y miserables, su color es bajo y pálido, las encías están oscuras, casi de un color de pizarra, y hasta los dientes cambian de color y el aliento es fétido; los enfermos sienten en la boca un sabor dulzaino y metálico. Inmediatamente sobrevienen dolores periódicos, sordos al principio, irradiándose desde el epigastrio hácia el dorso y las extremidades. Muy pronto aumentan de intensidad estos dolores, haciendo lanzar á los enfermos gemidos y lamentos; durante estos accesos se revuelcan de un lado á otro en la cama, ó se levantan desesperados, cometiendo los actos más extravagantes. Al mismo tiempo está el pulso de ordinario muy poco frecuente, y la voz extinguida; agréguese á estos dolores la extranguria, las náuseas y los vómitos, lo que prueba que la excitacion anormal de los nervios del intestino, se trasmite tambien á otros distintos. Casi siempre existe una constipacion tenaz, y á pesar de los más fuertes drásticos pueden pasarse ocho, y hasta quince dias para que los enfermos arrojen por las cámaras pequeñísimas cantidades de materias fecales, secas, duras, y globulosas. Por otra parte, es tambien muy notable el estado de

las paredes abdominales, las cuales están fuertemente contraidas, y hacen aparecer el abdómen duro como una tabla y hundido hácia dentro.—La marcha de la enfermedad presenta, con ligeras excepciones, un tipo remitente, manifiesto, alternando paroxismos de una violencia extraordinaria, con intervalos pasaderos. La duracion de la enfermedad varia; el primer acceso de cólico saturnino, ordinariamente pasa al cabo de algunos dias ó de algunas semanas, cuando los enfermos son sometidos á un tratamiento racional; despues de algunas recidivas, pueden durar los accesos muchos meses. Cuando se presenta la curacion, unas veces es lenta y otras inmediata; desaparecen los dolores, se producen abundantes evacuaciones, y se recobran en poco tiempo las fuerzas.—Muchas veces no es completa la curacion, sino que persisten los síntomas de la intoxicacion plúmbica despues de desaparecer el cólico.—Es sumamente raro que termine la enfermedad por la muerte, y aun cuando esto sucede, no mueren los enfermos del cólico saturnino, sino de sus complicaciones.

La descripcion de los síntomas de la neuralgia mesentérica, que antes hemos dado, conviene tambien para el cuadro de los *cólicos tomados en su acepcion más lata*. Henoch afirma con razon que el carácter del dolor es el mismo cuando un nervio sensitivo es irritado, bien en sus terminaciones periféricas, en su orígen, ó en su continuidad. La violencia de los dolores puede llegar á su más alto grado en el cólico flatulento, y en otros que pertenecen á esta categoría, expresándose entonces sus grandes sufrimientos por un cambio en la fisonomía del enfermo; este se halla á punto de desmayarse, su cuerpo está cubierto de un sudor frio, la cara está pálida y desfigurada, el pulso pequeño, y algunas veces se unen á esto náuseas, vómitos, extranguria, y otros fenómenos simpáticos. Es preciso tener muy presente este cuadro morboso, para no dejarse inducir á error, ni concebir vivas inquietudes sin necesidad. Muchas veces se oye, y se siente claramente al hacer la palpacion, que los gases se escapan del punto del intestino donde

estaban aprisionados, y se reparten en otras porciones, donde encuentran más espacio, acaecimiento importante que muchas veces disipa los dolores como por encanto; en otros casos no se produce el alivio hasta que se hace una deposicion, que permite que las masas fecales que han distendido el intestino, ó por detrás de las cuales se han acumulado los gases, avancen algun tanto.

§. III.—**Tratamiento.**

La *indicacion causal* puede exigir en la forma neurálgica del cólico, el tratamiento de la enfermedad interna, cuando deriva de una causa de este género.—En el cólico saturnino se ha querido llenar la indicacion causal, procurando neutralizar el plomo introducido en el organismo por medio de sustancias químicas, que le precipiten combinándose con él. Para obtener este resultado, se ha prescrito el ácido sulfúrico y los sulfatos, sobre todo el alumbre y el sulfato de magnesia Si bien por este método, como por otros muchos, no se consigue hacer desaparecer las señales de un envenenamiento saturnino declarado, se puede por lo ménos tomar medidas bastante eficaces para prevenirle. A este efecto, se desechará el empleo del plomo en la fabricacion de los tubos y vasijas destinadas á conducir ó conservar el agua, ú otros líquidos potables. Los trabajadores de las fábricas y talleres, cuyo aire está viciado por moléculas de plomo, deben cambiar de ropa muy á menudo, y bañarse y lavarse con más frecuencia que ningun otro; además, deben evitar el comer en sus talleres, los cuales deben estar suficientemente aireados y ventilados. En lugar del albayalde deberian usar el blanco de zinc para la pintura de las puertas y ventanas, y la autoridad deberia prohibir la conservacion del rapé en láminas de plomo.—Contra los cólicos procedentes de materias anormales contenidas en el intestino, deben emplearse los evacuantes, especialmente los que no ocacionan por sí mismos dolores análogos á los cólicos, como su-

cede á los drásticos. Lo más conveniente es la administracion del aceite de ricino, y la aplicacion de enemas aperitivos.—Si el cólico es debido á un enfriamiento de los piés y del vientre, la indicacion causal reclama un tratamiento diaforético; las infusiones aromáticas, de que por lo general gustan los enfermos, y las botellas y piedras calientes que se acostumbra aplicar sobre el abdómen, son tambien remedios muy oportunos en estos casos.

La *indicacion de la enfermedad*, reclama en todas las formas de cólico citadas más arriba, el empleo de los narcóticos, sobre todo del opio. El efecto de esta sustancia en las neuralgias, se explica por sus propiedades anestésicas. En el cólico estercoráceo flactulento, etc., parece que además de este, produce otro efecto. Efectivamente, las contracciones de los músculos intestinales que lanzan los gases y las heces fecales hácia ciertas partes del intestino, ó las tienen aprisionadas, se disipan por el uso del opio, lo cual permite repartirse estas sustancias en mayor espacio. En el cólico flatulento y estercoráceo, gozan de mucha reputacion las infusiones calientes de manzanilla, menta y raiz de valeriana, bebidas por tazas ó tomadas en lavativas, así como otros muchos carminativos y las fricciones repetidas del vientre con aceite caliente.

El remedio más eficaz contra el cólico saturnino, es el opio, y hasta los homeópatas le emplean á altas dosis en esta enfermedad. No debemos reparar en la administracion de este remedio por el temor de que aumente la astriccion, pues no hay medicamento alguno que preste más servicios contra la constipacion del cólico saturnino, que el opio. Esta eficacia parece probar que en esta afeccion existe, además de la hiperestesia, una contraccion espasmódica del intestino, y que esta última es la que determina la constipacion (1).—Pero aun ad-

(1) Romberg no admite esta opinion. No cree que puede existir un espasmo durante muchas semanas consecutivas, y supone que la inmovilidad del intestino tiene su razon de ser en el dolor, absolutamente lo mismo que en la aciática, en la cual él es el que impide los movimientos de la pierna enferma. (*Nota del autor.*)

mitiendo que el opio sea el remedio más eficaz contra la constipacion, y que produce mejores resultados que los purgantes administrados solos, no se debe, sin embargo, descuidar el prescribir estos últimos simultáneameute con el opio. Entre los drásticos, el que más se ha empleado en estos últimos tiempos contra el cólico saturnino, es el aceite de croton. Por lo comun se obtendrá el resultado apetecido, dando tres veces al dia 2 ½ á 5 centígramos de extracto de opio, y una cucharada cada dos horas de una mezcla de aceite de croton (3 gotas) y aceite de ricino (60 gramos). Los baños calientes, las cataplasmas de sustancias narcóticas y las lavativas narcóticas y aperitivas alternadas, secundan el efecto del tratamiento. Además de este método sencillo y de las ligeras modificaciones que se les puede hacer sufrir, administrando otros laxantes, como el sulfato de magnesia, el sen y los calomelanos, y dando el opio á dósis más ó ménos elevada, se han opuesto tambien al cólico saturnino otros muchos métodos más ó ménos complicados, entre los cuales goza de la mayor celebridad el tratamiento de la Caridad. Todos estos tratamientos se distinguen por el gran papel que el opio y los purgantes han jugado entre los numerosos medicamentos que entran en su composicion, y cuya eficacia parece debida en totalidad á estos dos agentes principales.

CAPÍTULO IX.

VERMES INTESTINALES.—HELMINTIASIS.

Los vermes que con más frecuencia se observan en el tubo intestinal, son *la tenia solium, la tenia mediocanellata, el bothriocephalus latus, el ascaris lumbricoides, el oxiuris vermicularis y el tricocephalus dispar.*

La *tenia solium* (lombriz solitaria de articulaciones largas),

es una lombriz de tres á cuatro metros de larga, de color blanco amarillento, delgada y redondeada en su extremidad anterior, y ancha y aplanada en la posterior. Se distingue en ella la cabeza, el cuello y el cuerpo, compuesto por muchos centenares de articulaciones ó proglótidas. La cabeza esta representada por una dilatacion á manera de maza, que tiene la forma de un cuadrado de ángulos redondeados; consiste en una trompa cónica, poco prominente, rodeada de una doble corona de dientes, y un poco más lejos de cuatro chupadores, colocados simétricamente. El cuello, que forma la continuacion del cuerpo, es muy delgado, y tiene cerca de centímetro y medio de largo. Despues vienen los anillos más jóvenes, que apenas tienen medio milímetro de ancho, mientras que los últimos, que son al mismo tiempo los más antiguos, suelen tener centímetro y medio ó más de largo. Las diferentes articulaciones ó anillos, cuya forma recuerda la de una pepita de calabaza, con las extremidades truncadas, difieren de estructura segun su edad. Los más jóvenes presentan un medio canal simple, de color pardo amarillo, con diverticulums laterales cortos, primeros indicios de un aparato genital. Las articulaciones más antiguas presentan en su borde, unas veces en un lado y otras en otro, pero sin alternar con regularidad, un pequeño tubérculo, de donde sobresale el pene falciforme, y en el cual terminan un conducto seminífero sinioso y el oviducto. El interior de las articulaciones más antiguas está casi enteramente ocupado por un útero ó ovario, que tiene á derecha é izquierda sus ramificaciones arborescentes. En los anillos más antiguos y llegados á la madurez, está este órgano relleno de huevos, en los cuales se reconoce muchas veces el pequeño embrion con sus seis dientes. De un anillo vascular, situado en el interior de la cabeza, nacen vasos que corren á lo largo de los dos lados de cada articulacion, y que, segun algunas observaciones, comunican entre sí por anillos trasversales. Hasta ahora no se ha descubierto otros órganos en la *tænia solium*.

Esta lombriz vive en el intestino delgado, sin embargo de que tambien llega hasta el intestino grueso. Por lo comun se encuentra una, mas rara vez dos ó más, en un indivíduo. La *tænia solium* se encuentra en Europa, América, Asia y Africa, y falta, cosa singular, en todos los paises en que se encuentra el botriocéfalo, excepto en Suiza.

La *tænia mediocanellata*, ha sido confundida generalmente hasta estos últimos tiempos con la *tænia solium*, y en efecto, sus diferentes articulaciones se asemejan muchísimo á las de esta última. Tienen como ellas las aberturas sexuales situadas á los lados, pero las articulaciones son más anchas y más gruesas, y el aparato genital está en ellas más desarrollado y ramificado que en las articulaciones de la *tænia solium*. Es mucho mayor la diferencia que existe en la cabeza. La de la *tænia mediocanellata* no tiene trompa ni corona de dientes, sino un cráneo plano con cuatro grandes chupadores. Lo muy raro que es se expulse la cabeza de este entozoario, es lo único que explica cómo ha podido permanecer por tanto tiempo desconocida, y por qué se pensaba inmediatamente en la *tænia solium* al ver articulaciones provistas de aberturas sexuales laterales, y en el botriocéfalo cuando estas aberturas eran medias.

El *botriocefalus latus*, botriocéfalo, lombriz solitaria de articulaciones anchas, se parece á la *tænia*, y sin embargo es muy fácil distinguirle de ella. Su cabeza presenta, en lugar de la trompa las coronas de dientes y los chupadores, dos fositas laterales hendidas. El cuello apenas está señalado. Las articulaciones son más anchas que largas, estando sus dimensiones en la proporcion de 3 : 1. El signo distintivo más importante, y que permite establecer la diferencia entre dos articulaciones sueltas de ambas especies, es el sitio de los orificios sexuales. En el botriocéfalo no están estos situados en los lados, sino en la línea media de las articulaciones, lo cual permite distinguir una cara dorsal y otra abdominal. El botriocéfalo reside tambien en el intestino delgado. Se le encuentra en la Europa

oriental hasta las orillas del Vístula, y en Suiza al mismo tiempo que la *tænia solium*.

El *ascaris lumbricoides*, ascáride lumbricoide ó lombriz, es un verme cilíndrico terminado en punta por sus dos extremidades, que tiene decímetro y medio ó tres decímetros de largo, y de cuatro ó seis milímetros de grueso. El cuerpo es tan trasparente, que á través de los tegumentos se ve el tubo intestinal, que se extiende de una extremidad á otra, y los órganos genitales. La cabeza está un poco separada del resto del cuerpo por una extrangulacion circular, y presenta tres pequeñas nudosidades, entre las cuales se encuentra la boca. La lombriz no es hermafrodita. En el cuerpo de las hembras se encuentran enormes ovarios y oviductos; en el de los machos, que son más pequeños y algo encorvados en su extremidad caudal, se ve los conductos seminíferos, que describen grandes sinuosidades, y los testículos. En la extremidad caudal del macho se ve el pene, fino como un cabello, y algunas veces doble. Las hembras tienen en el tercio de su cuerpo una hendidura de cerca de centímetro y medio de largo, y que representa el orificio de los órganos genitales. El ascáride reside en el intestino delgado y en el grueso, y hace largas emigraciones, que le conducen al estómago, el esófago y hasta la laringe. Desde el duodeno penetra á veces al conducto coledoco. No parece probable que puede llegar á perforar el intestino; pero cuando este ha sido abierto por alguna enfermedad, se encuentra con mucha frecuencia lombrices, en la cavidad abdominal. Estos vermes existen muchas veces en increibles cantidades.

El *oxiuris vermicularis*, oxiuro vermicular, es un gusanito del grosor de un hilo. Los machos son muy escasos y tienen de 2 ½ á 3 milímetros de largo, y su extremidad caudal arrollada sobre sí mismo. Las hembras son mayores, y rectas ó algo encorvadas. La cabeza de los oxiuros presenta apéndices bajo la forma de alas, que la hacen parecer abultada á manera de maza. Por la extremidad caudal del macho sale el pene, y el orificio genital de las hembras está bastante próximo de la

cabeza. Estos vermes habitan la parte inferior del intestino, sobre todo el recto. Sin embargo, pueden remontarse hasta la parte inferior del intestino delgado. Muchas veces salen del ano y entran en la vajina, etc.

El *tricocéfalo dispar*, ó tricocéfalo, tiene 4 ó 6 centímetros de largo, la parte posterior del cuerpo es mucho más gruesa que la anterior, que apenas tiene el grosor de un cabello. En el macho, que es más pequeño que la hembra, está arrollada en espiral la parte posterior del cuerpo, y presenta en su extremidad el pene, corvo como un colmillo y encerrado en una vaina tubulosa. La hembra, más gruesa, es recta, y su extremidad posterior guarnecida de huevos. El tricocéfalo habita en el intestino grueso, y sobre todo el ciego.

§. I.—Desarrollo de los vermes intestinales, y etiología de la helmintiasis.

Hoy está generalmente abandonada la idea de la generacion espontánea, por medio de la cual se hacia depender la formacion de los entozoarios de un acumulo de mucosidades intestinales, modificadas de cierto modo. Los parásitos que residen en el intestino provienen de huevecillos, y en este estado, ó en un período mayor de desarrollo, llegan al tubo digestivo. Sólo de la *tænia solium* y la *mediocanellata*, se tienen nociones precisas sobre su desarrollo. Las últimas articulaciones ó proglótidas del vermes solitario que encierra huevos maduros, se desprenden de vez en cuando, y vierten su contenido. Para que los embriones continúen su desarrollo, necesitan que despues de salir del huevo pasen al cuerpo de otro animal. Si han sido introducidos en una sustancia favorable á su evolucion, penetran en los tejidos despues de haber atravesado las paredes del tubo intestinal, continuando su camino hasta que llegan á un punto que les conviene. Entonces se despojan de sus dientes y de su pared, sacan un cuello y una cabeza llamada scolex, y que es idéntica á la de la tænia. Al principio está el

scolex encerrado en la cavidad del embrion, pero más tarde se desprende, quedando á él adherido el cuerpo hinchado del embrion, bajo la forma de apéndice ó de vejiga caudal. Llegados á este período de su desarrollo, representan los parásitos conocidos con el nombre de vermes vesiculares ó cisticos. Así el cisticerco ordinario, *cysticercus cellulosæ*, que por lo comun se encuentra en el cerdo, constituye el scolex de la *tænia solium*. Si el scolex llega al cuerpo humano, se adhiere con sus chupadores á la pared intestinal, se despoja de su vejiga caudal, adquiere anillos, y se convierte en una tænia. El mismo desarrollo sufre la *tænia mediocanellata*, con la única diferencia, sin embargo, que el cisticerco de este existe en el cuerpo del buey.

El scolex del *botriocéfalo* no es conocido, como tampoco las primitivas fases de evolucion de la ascáride lumbricoide, el oxiuro vermicular y el tricocéfalo; tambien está probado, que depositados los huevos de estos parásitos en el tubo intestinal, no se forman nuevos vermes. Es, pues, necesario admitir que tambien en estos casos llegan del exterior los entozoarios jóvenes, y sin duda con los alimentos, al organismo.

La etiología de la helmintiasis, ha entrado en una nueva era con los descubrimientos modernos, los cuales han demostrado que eran ilusorias la mayor parte de las causas de que antes se hacia derivar la helmintiasis. Hasta parece poco probable que se necesiten modificaciones determinadas de la mucosa intestinal, ó un estado particular de las materias contenidas en el intestino, para permitir el desarrollo y presencia de los vermes en este conducto. En bastantes casos, pueden apreciarse las condiciones etiológicas que han favorecido el desarrollo de la *tænia solium*. Küchenmeister ha encontrado tænias jóvenes en el intestino de un ajusticiado, á quien habia hecho tragar cisticercos algunos dias antes de su muerte. Entre los animales cuya carne comemos, el puerco es el que principalmente contiene el scolex de la tænia solium. Tambien se le encuentra en la carne muscular del corzo y en la del buey, aunque con ménos frecuencia. Entre los judíos y mahometanos,

que se abstienen de la carne de cerdo, rarísima vez se encuentra la tænia, y en Abisinia, donde casi todos los habitantes la presentan, los padres cartujos, que no comen más que peces, están esentos de ella. Es mucho más comun en los países donde se crian muchos cerdos, que en aquellos otros en que escasean estos animales. Los cisticercos no resisten la cocion ni el frito de la comida, no pudiendo, pues, ocasionar el desarrollo de la solitaria el uso de la carne de cerdo cocida, asada ó frita, aun suponiendo que esta carne haya contenido cisticercos. Por el contrario, es muy frecuente encontrar la tænia en los individuos que comen ó les gusta la carne cruda, ó se ponen en la boca el cuchillo que han puesto en contacto con los cisticercos, como sucede con mucha frecuencia en los cocineros y salchicheros. Estos últimos pueden contribuir mucho á la extension de la tænia, cortando con un cuchillo sin limpiar el jamon ó salchichon que venden, y que despues de expendido ya no sufre cocion ninguna.—La costumbre de dar á los niños débiles carne cruda picada, ofrece algun peligro, siendo indudable que ciertos niños han contraido de este modo una solitaria, ó sea la tænia mediocanellata.

Hoy se sabe que el uso de la carne muscular, que contiene el *trichina spiralis*, no ocasiona, como antes se admitia, el desarrollo del *tricocefalus dispar*. Se cree haber notado que el ascáride y el oxiuro se encuentran por lo comun en los individuos que se alimentan de preferencia con sustancias amiláceas, cuya observacion encuentre quizá su explicacion en el descubrimiento de Stein, el cual ha reconocido la presencia del entozoario en el cuerpo del tenebrion de los molinos. Es posible que el uso de harina averiada haga llegar al intestino, huevos ó larvas de ascarides ó de oxiuros.

§. II.—**Sintomatología.**

Los fenómenos provocados por los vermes intestinales, difieren mucho, segun la individualidad del organismo que sufre

su accion. En muchos casos no puede comprobarse su existencia hasta que se expulsan vermes ó fragmentos de ellos por las cámaras. Esta observacion se aplica especialmente á los *vermes solitarios*. Muchos enfermos que tienen una tænia ó un botriocéfalo, gozan de la mejor salud, no acusan ningun cólico ni presentan ningun fenómeno reflejo, no llamándoles la atencion su mal, sino por los anillos que salen de vez en cuando. Muchas veces no le es fácil al médico reconocer las proglotis, que envueltas en papel y desecadas le llevan los enfermos.—En otros casos se quejan de cuando en cuando de fuertes cólicos, durante los cuales creen percibir un objeto que se mueve y agita en su vientre; pero es posible no acusen esta sensacion sino cuando saben que tienen la solitaria; se retuercen y encogen sobre sí, ó apoyan el vientre contra un objeto duro, y por último tienen náuseas y algunas veces vómitos. La secrecion salival está casi siempre muy aumentada, hasta el punto de correrles la saliva por la boca. Estos accesos, especialmente cuando sobrevienen despues que los individuos han comido sardinas, cebollas, rábanos, ó ciertas frutas, constituyen para el vulgo la señal evidente de la existencia de los vermes intestinales, y hasta al médico debe hacer sospechar la de un vermes solitario; sin embargo, no hay completa seguridad hasta que se separan anillos de la tænia expontáneamente, ó por la administracion de un laxante ó un antihelmítico.—En otros casos, soporta peor el organismo la presencia del parásito; sobrevienen de vez en cuando diarreas, especialmente despues que los individuos comen alimentos salados y picantes; pierden los enfermos sus fuerzas, palidecen y enflaquecen; esto sucede con más facilidad en los individuos ya débiles de antemano, sobre todo en los niños y niñas.—En fin, la irritacion ejercida por la solitaria sobre los nervios intestinales, puede trasmitirse por accion refleja á otros cordones nerviosos; sin embargo, se ha exagerado mucho la frecuencia de los accidentes nerviosos debidos á esta causa, lo que ha dado orígen á bastantes errores. La sensacion de cosquilleo, que

obliga á muchos indivíduos á tocarse y rascarse las narices, y la dilatacion de las pupilas, el rechinamiento de los dientes y otros desórdenes insignificantes y aislados de la inervacion, son atribuidos especialmente á los ascárides lumbricoides, mientras que se acusa á los vermes solitarios de provocar neurosis más graves y generalizadas, especialmente la epilepsia y el corea. Puede concebirse la ligera esperanza de que una epilepsia sobrevenida sin causa conocida, dependa de la irritacion producida por los vermes intestinales; pero es preciso guardarse mucho cuando un epiléptico arroja anillos de tænia, de considerar como una cosa segura que la epilepsia está íntimamente ligada á la presencia de la solitaria, y que desaparecerá tan pronto como se expulse esta. Los casos en que así sucede realmente, son infinitamente raros, en comparacion de aquellos en que permanece la epilepsia segun estaba, despues de la expulsion del vermes solitario.

Para los ascárides, la ausencia de síntomas determinados por su presencia en el intestino, es una regla que sufre muy pocas excepciones. La inmensa extension que adquieren estos entozoarios, no permitiria permaneciesen frescos y robustos tantos niños, si los ascárides lumbricoides irritasen fuertemente el tubo digestivo y alterasen considerablemente la nutricion. Cuando se reunen en gran número estos parásitos, pueden apelotonarse y formar masas aglomeradas que obliteren el intestino como los excrementos duros, determinando de este modo cólicos vivos, y hasta ocasionando los síntomas del ileus cuando no se consigue desenredarlas, ó no se obtiene expulsarlas por los drásticos. En otros casos, movimientos más desordenados de los ascárides, parece provocan cólicos análogos á los que se presentan en los indivíduos que tienen la tænia. Es desconocida la causa de esta agitacion de los vermes, no mereciendo tomarse en consideracion la idea de Küchenmeister, que supone que estarian más agitados durante la cópula.—Asegurar la existencia de ascárides cuando los niños presentan un aspecto pálido y caquético, y las neurosis ante-

dichas, es cometer un abuso todavía más comun que el que consiste en suponer la existencia de la tænia, cuando se presentan los mismos síntomas en un adulto. Si en uno de estos niños salen lombrices por el recto, se asegura con demasiada ligereza la existencia de vermes, no cuidando de hacer un exámen más profundo, y no reconociendo hasta más tarde que los vermes no influian para nada en los síntomas, y que el niño estaba atacado de un hidrocéfalo ó alguna otra temible enfermedad. Lo mismo sucede con la fiebre verminosa. Las lombrices pueden ocasionar algunas veces un catarro intestinal y ligeros accidentes febriles; pero, por lo comun, los vermes intestinales que salen del cuerpo, no tienen nada de comun con la fiebre que se suele hacer depender de ellos. Cuando las lombrices ascienden hasta el estómago, provocan á veces grandes molestias, angustia y nauseas. Los enfermos no encuentran palabras para explicar los tormentos que sufren, y el mismo médico puede encontrarse embarazado, hasta el instante en que la lombriz arrojada por el vómito disipa todas sus dudas. En otros casos, provoca tan pocos síntomas la ascension de la lombriz al estómago y esófago, que se escapa el parásito de la boca durante el sueño, sin despertar al enfermo. Si al hacer esta emigracion penetra el verme en la laringe, se produce una retraccion espasmódica de la glotis; se ha visto hasta ahogarse los niños á consecuencia de este singular accidente. Si la lombriz penetra en el conducto coledoco, puede ocasionar un éxtasis biliar, y si avanza hasta los canales biliares del hígado, puede dar origen á una hepatitis parcial; pero muy rara vez podrán referirse los accidentes producidos de este modo á su verdadera causa, atribuyéndolos á una lombriz extraviada.

Los *oxiuros* excitan por sus contínuos movimientos una picazon desagradable cuando se aproximan al ano, ó se salen de esta abertura. Este malestar aumenta generalmeute por la noche, é impide dormirse á los indivíduos. A la picazon, ordinariamente sigue una contínua necesidad de deponer. En los excrementos expulsados, mezclados frecuentemente con mu-

chas mucosidades, verifican los pequeños vermes durante mucho tiempo movimientos bruscos de ondulacion. Cuando se arrastran por encima del periné hácia la vulva, y llegan á la vajina, se produce igualmente en estos puntos una picazon desagradable, pudiendo determinar un catarro que asusta á las madres, y les obliga á consultar al médico sobre unas flores blancas tan precoces. Por medio del exámen local, hecho con cuidado, se obtienen en seguida datos segurísimos.

El *tricocéfalus dispar* no da lugar á ningun síntoma.

§. III.—Tratamiento.

Lo que hemos dicho respecto á la etiología de la *tœnia solium*, contiene ya en sustancia los medios que deben emplearse para ponerse al abrigo de este parásito. No debe permitirse á los indivíduos comer carne de cerdo, sin que haya sido préviamente sometida á alguno de los diversos procedimientos, por medio de los cuales, se consigue destruir los cisticercos. Además, se recomendará á las madres tomen las precauciones necesarias para administrar la carne de vaca cruda, cuyo uso es tan comun entre los niños. Por este motivo será conveniente que las madres piquen por sí mismas la carne, para evitar que pase algun cisticerco al cuerpo del niño. Se prohibirá á los cocineros coman el picadillo de carne cruda que entra en la composicion del salchichon, y el ponerse en la boca el cuchillo de cocina. Los carniceros y salchicheros cuidarán de no usar el cuchillo con que cortan la carne cruda, para el jamon y salchichon que venden á la vez. Es imposible indicar medios profilácticos contra los otros vermes, puesto que ignoramos de qué manera se introducen en el cuerpo humano.

Entre los innumerables medicamentos que antes se usaban *contra la solitaria*, sólo se emplea hoy la *raiz de helecho macho, la corteza de raiz de granado, el kouso*, y algunas veces la *esencia de trementina*.

La *raiz de helecho macho*, parece ser eficaz, sobre todo

contra el botriocéfalo, mientras que comunmente es ineficaz cuando se emplea contra la tænia solium. Se da la corteza pulverizada, á la dósis de 2 á 4 gramos, repetida dos ó tres veces por la mañana en ayunas, ó segun otras prescripciones, por la noche antes de acostarse. Algunas horas más tarde, ó bien por la mañana, cuando el polvo se ha tomado por la noche, se administra un purgante enérgico, compuesto de goma guta, escamónea y calomelanos; ó bien una ó varias onzas de aceite de ricino. Remedio más activo, y fácil de tomar al mismo tiempo que el polvo, es el extracto etéreo de raiz de helecho macho, que se reduce á píldoras con partes iguales de raiz pulverizada, y de las cuales se administran dos dósis de 1 á 2 gramos cada una.—La raiz de helecho macho juega un gran papel entre los numerosos remedios más ó ménos complicados, que se han prescrito contra la solitaria, y que se han ido abandonando cada vez más en los tiempos modernos.

La *corteza de raiz de granado* parece ser, cuando está fresca, uno de los remedios más seguros contra la *tænia solium*. Se ponen en infusion en frio 60 ó 120 gramos con medio ó un litro de agua, y despues de estar en maceracion 24 horas, se hace hervir la mezcla hasta reducirla á la mitad. Este cocimiento (pocion de Merat), que se administra en tres veces por la mañana en ayunas, da excelentes resultados; pero tiene el inconveniente de que algunas veces es arrojado por vómitos, y siempre da lugar á cólicos fuertes, que hacen pasar al enfermo muchas horas de penosos tormentos. Antes de usar el cocimiento, recomiendo con insistencia se ensaye si se obtiene el mismo resultado con la simple maceracion, cuyo efecto es mucho ménos ofensivo; con esta no experimentan los enfermos casi ningun dolor, y á beneficio de este remedio he visto bastantes veces salir una solitaria, y en una ocasion, hasta tres de estos animales á la vez con sus cabezas bien señaladas. Si la maceracion no da ningun resultado, siempre da lugar para administrar el cocimiento al dia inmediato, ó en uno de los dias siguientes. Ordinariamente despues de la administracion de este

remedio, sale la lombriz completa, por lo comun arrollada como una pelota. Si una ó tres horas despues de la última dósis no se ha expulsado el vermes, deberá darse al enfermo de 30 á 60 gramos de aceite de ricino. Küchenmeister aconseja preparar un extracto con 120 á 180 gramos de corteza de raiz de granado, y mezclarle con 180 ó 250 gramos de agua caliente, 1 ó 2 gramos de extracto etéreo de helecho macho, y 20 ó 30 centígramos de goma guta. Segun él, bastan para expulsar la lombriz dos tazas de esta mezcla, tomadas en tres cuartos de hora de intervalo. Si al cabo de hora y media no se hubiera obtenido este resultado, seria entonces preciso dar la tercera taza.

El *kouso*, es decir las flores secas y pulverizadas del *brayera antihelmintica*, remedio que recientemente nos ha venido de Abisinia, no ha respondido á las esperanzas que al principio se habian fundado en él; por lo ménos, los brillantes resultados que algunos prácticos pretenden haber obtenido con esta sustancia, no han sido confirmados por otros. Este medicamento se da á la dósis de 8 á 16 gramos, macerado en agua ó mezclado con miel, bajo la forma de electuario, haciendo tomar esta dósis en dos veces con media hora de intervalo, por la mañana despues de tomar el enfermo una taza de café. Si se sienten nauseas, se hace tomar un poco de jugo de limon. Si al cabo de tres horas no se ha hecho ninguna deposicion, se prescribe un purgante compuesto de aceite de ricino ó sen.

La *esencia* de *trementina*, aun siendo uno de los vermífugos más seguros, no debe emplearse más que en los casos de absoluta necesidad, por la doble razon de tener un sabor horrible, y que tomada á una dósis suficiente para expulsar la solitaria, provoca con facilidad una irritacion de las vias urinarias. Se hace tomar de una vez 30 ó 60 gramos de esencia de trementina, sola ó mezclada con miel ó aceite de ricino, ó por último, bajo la forma de emulsion, por la noche antes de acostarse.

Todos los medicamentos que acabamos de citar, deben em-

plearse en los momentos en que salen espontáneamente algunos anillos ó fragmentos de tænia. Por el contrario, es absurdo esperar para principiar el tratamiento á tal ó cual cuarto de luna, que segun ciertas creencias supersticiosas, seria más favorable para la expulsion de los vermes intestinales.—En fin, no es inútil hacer preceder al tratamiento curativo otro preparatorio, el cual consiste en hacer vivir con sobriedad al enfermo, purgarle con aceite ricino, y alimentarle durante algunos dias exclusivamente con sardinas, jamon, cebolla, y otras sustancias saladas y picantes. Tambien puede recomendarse otro tratamiento preparatorio, que consiste en hacer comer mucha fresa, bayas de mirto y otros frutos análogos, cuyas numerosas pepitas evidentemente ponen enferma á la solitaria (Küchenmeister); no debe considerarse como conseguido por completo el tratamiento, hasta que se encuentra en las deyecciones la cabeza de la solitaria; sin embargo no se perderá de vista, que puede contener el intestino muchas solitarias á la vez.—En estos últimos tiempos, se ha aconsejado tambien como excelentes vermífugos, el *kamala*, polvo que se obtiene moliendo las cápsulas del *rottlera tintorea* (á la dósis de 8 á 12 gramos mezclado con agua), la *corteza de mursenna* (de 30 á 60 gramos con miel), la *raiz de ponna* (4 á 8 gramos), y otras muchas sustancias más. Pero en ninguno de estos remedios se ha reconocido una eficacia superior, despues de haberle sometido á repetidas pruebas.

El medicamento que goza de un favor merecido para la expulsion de los ascárides, es el *semen contra* (*semina cinæ seu santonice*), flor de la *artemisia contra*. Este método consiste en dar bajo la forma de electuario el *semen contra* pulverizado, mezclado con jalapa, valeriana, miel y otras sustancias, electuario con el cual se atormentaba á los niños antes muchas veces al año; así, que generalmente está abandonada la costumbre de administrar esta sustancia, bajo la forma de chocolate ó de confites vermífugos, desde que se poseen preparaciones más seguras y agradables, como son el extracto

etéreo, y sobre todo la santonina. Del primero se da á los niños de 35 á 50 centígramos, y de 15 á 20 centígramos de la segunda. En las farmacias se encuentran ya preparadas pastillas de sabor agradable, y que contienen de 2 ½ á 5 centígramos de santonina. Küchenmeister aconseja disolver esta sustancia en la proporcion de 10 á 20 centígramos por 30 gramos de aceite de ricino, y mandar tomar una cucharada de café por hora de esta mezcla, hasta que produzca efecto. Todavía eran más favorables los efectos obtenidos por el uso del santonato de sosa, preparacion mucho más anodina, y que administraba durante muchos dias seguidos á la dósis de 10 á 25 centígramos.—Despues de administrar el semen contra ó sus preparados, es siempre preciso dar un ligero laxante. Los otros antihelmíticos administrados contra las ascárides, son supérfluos.

Para expulsar los *oxiuros* del recto, basta administrar lavativas. Las de agua fria adicionada con cierta cantidad de vinagre, son ya muy eficaces; pero es preciso que sean copiosas lavativas para que alcancen tambien á los oxiuros que permanezcan en la S iliaca, debiendo continuar por mucho tiempo el uso de las lavativas. En los casos rebeldes puede administrarse en enema, una disolucion débil de sublimado (15 miligramos por 60 gramos) (1).

CAPÍTULO X.

FIEBRE GÁSTRICA, FIEBRE MUCOSA Y FIEBRE BILIOSA.

Bajo el nombre de fiebre gástrica, describen muchos médicos, sobre todo alemanes, procesos agudos, en los cuales exis-

(1) La enfermedad de los triquinos, que en la última edicion de mi obra describí á continuacion de los vermes intestinales, se hallará en esta entre las enfermedades de infeccion (tomo III). En la etiología y patogenia de la triquiniasis, expondré las razones que me han determinado á hacer este cambio.

(*Nota del autor.*)

te un estado más ó ménos febril, acompañado sólo de fenómenos de dispepsia, y ordinariamente tambien de diarrea, mientras que no hay síntoma alguno que nos permita sospechar una afeccion importante de algun órgano principal. Bastantes médicos de indudable autoridad, y sobre todo clínicos que no ven más enfermos que los del hospital, confunden todas las fiebres llamadas gástricas, con fiebres tifoideas ligeras, idea contra la cual no puedo ménos de protestar. Todo práctico suficientemente ocupado, tiene á menudo ocasion de observar que sin sospecha alguna de infeccion, faltas de régimen bien probadas pueden ocasionar una enfermedad de mayor ó menor duracion, cuyo cuadro corresponde exactamente á la fiebre gástrica. Si así sucede, no se necesita admitir una infeccion, aun en ausencia de una falta de régimen, y tendremos que conceder que los enfriamientos, las influencias atmosféricas ó telúricas, y otras causas morbíficas, pueden tambien por su parte dar orígen á un conjunto de síntomas de esta naturaleza. No quiero con esto pretender de ningun modo, que no se hayan confundido muchas fiebres tifoideas ligeras con la fiebre gástrica, ni dejen de presentar síntomas absolutamente semejantes.

La fiebre gástrica principia por lo general por una série de pequeños escalofrios, y rara vez por uno solo y violento inicial. La frecuencia del pulso se eleva rápidamente hasta 100 pulsaciones y más. La temperatura, segun nos enseña las escasas evaluaciones termométricas que se han hecho, sufre en unos casos un aumento moderado, y por el contrario muy considerable en otros, pudiendo elevarse á 39 y hasta 40 grados. El estado general está gravemente alterado, el abatimiento es tan grande, que generalmente permanecen los enfermos en la cama; los miembros, y sobre todo las articulaciones, hacen experimentar dolores, como si estuvieran rotos. Tienen una cefalalgia, que siendo insoportable ya por sí misma, se exagera todavía por el contacto con las almohadas, pudiendo ordinariamente moderarla los enfermos, atando fuerte-

mente un pañuelo al rededor de su cabeza. Falta el sueño, ó bien está turbado por penosas pesadillas. Los fenómenos morbosos dependientes del estómago é intestino, tienen una intensidad variable. Generalmente falta el apetito, está la lengua sucia, la boca pastosa ó amarga, y el aliento es fétido; acusan los enfermos una sensacion de presion ó plenitud en el epigastrio, donde experimentan dolor cuando se comprime. A esto hay que añadir eructos y regurgitaciones, ordinariamente ácidas, procedentes de una mala digestion. Algunas veces sobrevienen tambien vómitos repetidos. Al principio están en general retrasadas las cámaras, mientras que más tarde, sobre todo cuando la enfermedad se prolonga, son diarréicas, y van precedidas de cólicos más ó ménos violentos; las deyecciones consisten entonces, en materias líquidas de color verde debido á la bilis no descompuesta, y muchas veces en mucosidades más ó ménos abundantes.

Algunas veces pasa muy rápidamente este conjunto de síntomas, y el enfermo, que se encontraba ayer en un estado casi desolador, se halla hoy completamente restablecido (fiebre efemera). Si á estos síntomas se une la erupcion de algunas vesículas de herpes en los labios, no debe verse en este hecho la prueba de una forma morbosa particular, ó sea la pretendida fiebre herpética. El *herpes lavialis* acompaña á la fiebre gástrica con igual frecuencia ó tal vez con más, que á la fiebre pneumónica y la intermitente, y su significacion en la primera es seguramente la misma que en las dos últimas. Es preciso, sin embargo, que la enfermedad se termine siempre en un solo dia; muchas veces dura bastantes dias, pero rara vez más de una semana. En los individuos que soportan mal el aumento febril de la temperatura, ó la consuncion debida á la excesiva produccion de calórico,—repetidas veces hemos dicho que bajo este aspecto hay grandes diferencias individuales,—el aplanamiento adquiere grandes proporciones, la inteligencia se oscurece, el delirio reemplaza á las pesadillas, y cuando la lengua tiene entonces alguna tendencia á secarse, es

mayor todavía la semejanza con la fiebre tifoidea. Puede suceder que sólo del sexto al octavo dia disipe nuestras dudas un súbito alivio, seguido de una pronta convalecencia.

La dificultad del diagnóstico diferencial de la fiebre gástrica y la tifoidea incipiente, es tan grande, que es prudente hacer un diagnóstico reservado, así como tambien el pronóstico durante el primer septenario. Por lo demás, podria hallarse formalmente comprometida la reputacion del médico, si la enfermedad, que ha declarado positivamente ser una fiebre gástrica, y cuya próxima curacion ha prometido, se desarrollase en el curso del segundo ó tercer septenario con todos sus errores. Por otro lado, no es ménos comprometido para la reputacion del profesor, que se cure la pretendida fiebre tifoidea al cabo de la primera semana, y á los pocos dias ande de paseo el enfermo. Ni el vulgo mismo cree ya que una fiebre gástrica pueda en determinadas circunstancias, trasformarse en tifoidea, puesto que saben que las dos afecciones son de naturaleza diferente. Para establecer el diagnóstico diferencial desde la primera semana, es muy importante tomar en consideracion las condiciones etiológicas sobre todo. Si antes de la enfermedad han obrado influencias nocivas de las que ordinariamente ocasionan catarros del estómago y del intestino, puede este hecho establecer, en caso de duda, alguna presuncion á favor de la fiebre gástrica. Por el contrario, si se han presentado en la poblacion ó sus cercanías, casos más ó ménos numerosos de fiebre tifoidea, y no puede probarse ninguna falta de régimen que hubiera podido ocasionar la enfermedad, debe temerse que la afeccion sea una fiebre tifoidea incipiente.—En segundo lugar, la elevacion de la temperatura no presenta en la fiebre gástrica esa marcha regular, que segun veremos más adelante, puede considerarse como patognomónica de la fiebre tifoidea.—En tercer lugar, la presencia de un catarro de los bronquios finos, traducido por la tos y la sibilancia, habla más bien en favor de una fiebre tifoidea que en la de una gástrica, aunque tambien pueden desarrollarse en esta última los catarros

bronquiales; estos casos son los que se acostumbran á designar con el nombre de fiebre gástrica catarral.—En cuarto lugar, la aparicion de vesículas herpéticas al rededor de la boca, es un síntoma que excluye casi con toda seguridad la fiebre tifoidea.—En fin, en quinto lugar, un infarto apreciable del bazo y la presencia de manchas de roseola en la region epigástrica, sobrevenidas á fin del primer septenario, indican la fiebre tifoidea más bien que la gástrica.

Hay casos en que los fenómenos gástricos se ocultan hasta tal punto, ante la grave alteracion del estado general, que podría dudarse si realmente es el tubo digestivo el punto de partida de la afeccion, y si la fiebre y los fenómenos que trae consigo, deben considerarse como síntomas de un catarro gastro-intestinal. Tales son los casos que han obligado á admitir una fiebre esencial simple, ó fiebre simple, contínua ó sinocal. Por mi parte, me parece difícil de admitir que la accion de una causa morbífica sobre el cuerpo, tenga por único efecto la fiebre, y creo mucho más probable, que en estos casos se producen modificaciones de estructura íntimas en un órgano cualquiera, y las cuales se ocultan á la observacion. Me autoriza á emitir esta suposicion, el hecho de observacion tan conocido de que en muchos casos de pneumonía, erisipela, ó catarros intensos de la mucosa nasal ó bronquial, se presenta más pronto la fiebre y la perturbacion del estado general, que los fenómenos locales. Me repugna extraordinariamente creer que en estos casos, haya habido tambien al principio una fiebre esencial, complicada más tarde de una afeccion local, tanto más, cuanto que desde el dia en que se presentan los fenómenos locales, marcha la fiebre de frente con ellos, y desaparece á medida que el proceso llega á su terminacion. Si la modificacion de textura no adquiere el grado suficiente, para dar lugar á desórdenes funcionales aparentes, entonces, segun mi opinion, se desarrolla un estado que se acostumbra á designar con el nombre de fiebre esencial. En ninguna fiebre falta una ligera dispepsia; pero ni la anorexia, ni la formacion de una

capa ligera sobre la lengua, etc., bastan para poder dar á una afeccion febril, el nombre de fiebre gástrica.

La afeccion más rara, pero que da lugar á fenómenos muy constantes y característicos, y se acostumbra á llamar con el nombre de *fiebre mucosa*, *febris pituitosa*, κατ'εξοχην podria ser, segun Griesinger, con mucha más seguridad todavía que la fiebre gástrica, una simple variedad de la fiebre tifoidea, variedad que ciertamente se distinguiria por una evolucion muy notable y extraordinaria. No sé si Griesinger ha practicado por sí mismo la autopsia de muchos indivíduos muertos de esta afeccion, y si así no ha sido, dónde ha podido encontrar la confirmacion de lo que dice, á saber, que «siempre se encuentra en estos casos úlceras intestinales antiguas, ó ya en cicatrizacion.» La larga duracion de la enfermedad, poca intensidad de la fiebre, gran extension de los catarros, enorme produccion mucosa, y otras varias condiciones, hacen que, por mi parte, ponga en duda la proposicion de Griesinger, mientras no pueda conocerse mejor los hechos en que se apoya. Tomo la siguiente descripcion de los síntomas y marcha de la fiebre mucosa, por una parte de mis propias observaciones, y por otra de la magnífica exposicion dada por Schenlein en sus lecciones clínicas, la cual, por lo demás, está perfectamente acorde con mis observaciones personales. La enfermedad no principia con la gran frecuencia del pulso, dolores articulares, violenta cefalalgia, y agitacion, que caracterizan el principio de la fiebre gástrica; por el contrario, el pulso está poco acelerado, la temperatura poco aumentada; pero los enfermos se sienten sumamente débiles y abatidos, están indiferentes á todo lo que les rodea, propensos siempre á dormirse, y presentan gran repugnancia á los alimentos. Cuando se les obliga á tomar alguna cosa, se sienten en seguida hiposos, experimentan náuseas, que al fin se terminan por vómitos, que devuelven los alimentos envueltos en grandes cantidades de una mucosidad viscosa. El catarro concomitante de la boca y faringe, presenta tambien algunas particularidades; así, la ca-

pa que cubre la lengua es al principio amarillenta y espesa, los dientes y las encías, el velo del paladar y la faringe, están cubiertos de una mucosidad viscosa; más tarde suele despojarse la lengua de toda su capa epitelial, y se presenta roja como un pedazo de carne cruda, ó bien parece cubierta de una especie de barniz. En las primeras horas de la mañana, sobre todo, arrojan los enfermos, con grandes esfuerzos de expectoracion y repetidas vomituraciones, un moco viscoso y filamentoso tan abundante, que apenas puede contenerle la escupidera; las cámaras, que rara vez son diarréicas, consisten en restos de los alimentos no digeridos, mezclados tambien con mucosidades muy abundantes, y hasta la orina deja depositar un sedimento mucoso. La fiebre, ordinariamente es bastante moderada durante todo el curso de la enfermedad, y presenta un tipo tan pronto remitente como contínuo. Los enfermos se aplanan cada vez más, y llega su apatía hasta el punto de que cuando no duermen se hallan en un estado de absoluta indiferencia, no ocupándose de sí mismos ni de lo que les rodea. Cuando, por fin, y muchas veces sólo en la tercera ó cuarta semana, principia á mejorar, disminuye lentamente la produccion mucosa, tarda mucho en recobrar el apetito, el pulso se hace muy lento, y los enfermos, extraordinariamente aniquilados, no se restablecen hasta despues de un tiempo bastante largo. La menor ocasion basta para provocar una recaida, repitiéndose el proceso y pudiendo pasar de este modo, muchos meses hasta la curacion del enfermo, que tambien puede sucumbir si es un sujeto débil y decrépito.

Es difícil determinar exactamente qué especie de estado morboso entendian los antiguos por la palabra *fiebre biliosa*. Sin embargo, creo que las observaciones que en los años últimos he recogido sobre las afecciones febriles acompañadas de fenómenos ictéricos, me han permitido aproximarme más que antes á la resolucion de esta cuestion. Ya no creo, como en otro tiempo, que en el fondo de esta ictericia exista una policolia, es decir, un estado en el cual excede la produccion de

la bilis de lo que puede evacuarse por los conductos biliares, y en que debe, por consiguiente, reabsorberse una parte de ella. Por el contrario, considero la ictericia que se presenta en el curso de las fiebres intensas, como hematógena, es decir, debida á la destruccion de los corpúsculos sanguineos y á la trasformacion de la materia colorante de la sangre puesta en libertad, en materia colorante de la bilis. Al tratar de las enfermedades del hígado, volveré á ocuparme de estos hechos, limitándome por ahora á las observaciones siguientes. En la pioemia, fiebre puerperal y otras enfermedades infectivas, se encuentra á veces, y probablemente á consecuencia de un excesivo aumento de la temperatura del cuerpo, degeneraciones parenquimatosas de órganos muy diversos, en las cuales toma tambien parte la sangre misma. En el curso de afecciones inflamatorias, por ejemplo de pneumonías, es más raro observar una disolucion de la sangre, que por lo demás parece fué sospechada por los antiguos, y como consecuencia de esta disolucion una ictericia hematógena. En fin, hasta las afecciones catarrales que invaden la mucosa gastro-intestinal y bronquial, pueden ocasionar degeneraciones parenquimatosas del hígado, corazon, riñones y la *sangre*. En los años últimos he visto sucumbir muchos enfermos con simples catarros de los bronquios y del intestino, habiendo presentado síntomas graves del sistema nervioso, acompañados de fenómenos ictéricos, un infarto moderado del hígado, contracciones irregulares é intermitentes del corazon, albuminuria, etc., sin que pudiera haber la menor sospecha de infeccion. Semejantes casos, que, así como las pneumonías biliosas, se observan en número bastante considerable en ciertas épocas, y que en algunas comarcas, como son los países tropicales, parecen ser más frecuentes que en otras, aparentan corresponder á gran parte de las fiebres biliosas de los antiguos, mientras que el resto sin duda le componian pioemias y otras enfermedades de infeccion.

En el tratamiento de la fiebre gástrica, suele emplearse el

ácido hidroclórico. Es una prescripcion muy usual, cuya eficacia, sin embargo, no garantizamos, la siguiente: 2 gramos de ácido clorhídrico concentrado en unos 200 gramos de vehículo mucilaginoso, ó bien en una infusion ligera de ipecacuana (50 centígramos por 200 gramos). A los enfermos les gusta tomar este medicamento, que les modera la sed; no debe perderse de vista que por medio de esta favorecida prescripcion se tiende á suministrar á la secrecion gástrica el ácido, que segun la experiencia fisiológica, aumenta considerablemente su fuerza digestiva.

En la fiebre mucosa se prescribirán los carbonatos alcalinos, y sobre todo la tintura acuosa de ruibarbo. He administrado este medicamento siguiendo exactamente la prescripcion de Schœulein, por dósis bastante altas, es decir, una cucharada de café cada dos horas, y han sido tan excelentes los resultados que con ella he obtenido, que no puedo por ménos de participar de la opinion de los que elevan este remedio casi á la categoría de un específico para la fiebre pituitosa. He observado además que los enfermos soportan mal las sopas que se les acostumbra á dar, y se hallan mejor con pequeños pedazos de pan, espolvoreados de sal, que toman de cuando en cuando en el trascurso del dia.

En la *fiebre biliosa* se ha recurrido, sobre todo, á los *ácidos minerales.* La medicacion antipirética, y sobre todo la administracion del *sulfato de quinina* á altas dósis, es todavía más eficaz; así como tambien las sustracciones enérgicas de calor por medio de baños frios ó de envolturas del cuerpo en sábanas mojadas.

SEXTA SECCION.

ENFERMEDADES DEL PERITONEO.

CAPÍTULO I.

INFLAMACION DEL PERITONEO.—PERITONITIS.

§. I.—Patogenia y etiologia.

La patogenia de la peritonitis es la misma que la de la pleuritis y pericarditis. Las alteraciones que sobre la pleura y pericardio hemos dado á conocer en estas enfermedades, las vemos producirse tambien en el peritoneo; al mismo tiempo que una neoplasia del tejido conjuntivo reciente, tiene lugar una proliferacion en el tejido del peritoneo, vertiéndose en la superficie de la serosa una exudacion que contiene fibrina y células jóvenes, ó corpúsculos de pus, en cantidad más ó ménos grande. Sin embargo, en muchos casos de peritonitis crónica, parece limitarse el proceso á la proliferacion del tejido conjuntivo peritoneal, sin produccion de derrame líquido. De esta manera es como se forman probablemente esos engrosamientos y adherencias del peritoneo, que son de la misma naturaleza que los engrosamientos y adherencias de la pleura, y no se declaran por ningun síntoma, absolutamente lo mismo que estos últimos.

La *predisposicion* á la peritonitis no es grande en los individuos sanos y robustos, al ménos por lo que concierne á la forma aguda y difusa de la enfermedad. Casi nunca provocan

la peritonitis, causas morbosas de poca importancia, como las que tan á menudo vemos determinar la inflamacion de otras membranas serosas y mucosas. Es preciso, pues, seguir la regla, de que cuando un hombre hasta entonces sano sea atacado de una peritonitis, pensar inmediatamente en la accion de alguna de las graves causas, de que más adelante trataremos, y sólo despues de haberlas podido excluir, á beneficio de un exámen concienzudo, lo cual no siempre es fácil, se admitirá la posibilidad de una peritonitis llamada reumática.—En los tuberculosos, los que padecen enfermedades de Bright y otras afecciones debilitantes, así como en las mujeres en la época de sus reglas, es mucho mayor la predisposicion á la peritonitis que en los indivíduos sanos y robustos. En efecto, basta muchas veces una causa morbífica de poca importancia para ocasionar en los primeros esta enfermedad. Repetidas veces hemos expuesto los motivos que nos impiden contar estos casos de peritonitis, así como las pneumonías y pleuresías, que muchas veces se presentan en análogas condiciones, como inflamaciones secundarias. En fin, en casos bastante numerosos, la peritonitis es consecuencia inmediata de una infeccion, y debe entonces ponerse en la misma línea que las inflamaciones cutáneas en los exantemas agudos. Esta misma forma se incluye en la descripcion de la fiebre puerperal y otras enfermedades de infeccion que se localizan en el peritoneo.

Como *causas determinantes* de la peritonitis, deben citarse:

1.° Las *contusiones graves y heridas penetrantes* del abdómen. Entre las operaciones quirúrgicas, la paracentesis rara vez ocasiona una inflamacion difusa del peritoneo; la operacion de la hernia extrangulada la determina más á menudo, y la gastrotomía siempre.

2.° A estas causas se unen la *rotura y perforacion de los órganos tapizados por el peritoneo*, y el derrame de sustancias heterogéneas en la cavidad abdominal como consecuencia. Así, puede ser determinada la enfermedad por úlceras perforantes ó el cáncer del estómago, por las ulceraciones del apéndice

vermicular ó del ciego, ulceraciones tíficas ó escrofulosas del intestino, la perforacion de la vegiga ó de la vesícula biliar, la rotura de un absceso del hígado ó del bazo, y por otros accidentes análogos. En todos estos casos, ordinariamente se extiende la inflamacion con rapidez á todo el peritoneo. Rara vez está limitada por adherencias antiguas ó recientes entre los intestinos, las cuales protegen el resto de la serosa del contacto de las materias derramadas.

3.° La peritonitis puede ser el resultado *de la propagacion de una inflamacion desde algun órgano vecino.* El peritoneo toma parte en las inflamaciones de los órganos que tapiza, con igual frecuencia que la pleura participa de las inflamaciones del pulmon. En esta categoría entran los casos en que la peritonitis viene á complicar la tiflitis estercorácea, las hernias extranguladas, las extrangulaciones internas, los vólvulus y las invaginaciones. Muchas veces se propaga la inflamacion desde los órganos genitales de la mujer al peritoneo. Tambien puede acompañar una peritonitis á las inflamaciones del hígado y del bazo. En estos casos, generalmente se circunscribe la inflamacion peritoneal, al principio; unas veces permanece igual en lo sucesivo, y otras, sobre todo cuando la enfermedad proviene de una extrangulacion herniaria ó de otros accidentes análogos, se hace difusa más tarde.

4.° Rara vez, y como hemos visto más arriba, casi nunca en los individuos sanos, resulta la peritonitis de *enfriamientos ó de influencias atmosféricas desconocidas*; esta última forma se conoce con el nombre de peritonitis reumática.

§. II.—**Anatomía patológica.**

Nos ocuparemos primero de las modificaciones anatómicas de la *peritonitis difusa aguda.*

Al principio está el peritoneo enrojecido por la hiperemia capilar y por un derrame de sangre en su tejido. Sin embargo, para descubrir esta rubicundez generalmente es preciso, se-

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.