

INVESTIGACIONES

PATOLÓGICAS PRÁCTICAS

Sobre las Enfermedades del Estómago

El Canal Intestinal, el Bazo:

y Otras

Por el Dr. Juan Abercrombie

ENCUADERNACION

DE LIBROS

HNOS RAMIREZ S.R.L.

TELEF 55-2-3-4-5

Florida a San Pascual

Edif. San Pascual Barria



REPUBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
MINISTERIO DEL INTERIOR



BIBLIOTECA NACIONAL

CARACAS

Obra No. 3196

Volumen

Estante No.

Anaqueles



000071

ENFERMEDADES DEL ESTOMAGO

Y

OTRAS VISCERAS DEL ABDOMEN.



INVESTIGACIONES
PATOLOGICAS Y PRACTICAS

SOBRE LAS

ENFERMEDADES DEL ESTOMAGO,
EL CANAL INTESTINAL, EL HÍGADO Y OTRAS
VISCERAS DEL ABDÓMEN.

POR EL DOCTOR JUAN ABERCROMBIE,
PRIMER MEDICO DE S. M. BRITANICA EN ESCOCIA.

TRADUCIDO Y COMPENDIADO

POR

EL DR. JOSE VARGAS.

PUBLICALO EL DR. PEDRO MEDINA.

CARACAS.

ALMACEN DE J. M. DE ROJAS.

CALLE DEL COMERCIO, NÚM. 40.

1844.

1 h. no. W. O.

CARACAS.
IMP. POR GEORGE CORSER.

1844.

BARTOLOME MANRIQUE,

Gobernador, Jefe Superior político de la provincia.

Hago saber que los Sres. Dres. José Vargas y Pedro Medina se han presentado ante mí, reclamando el derecho exclusivo para publicar y vender una obra que ha traducido y compendiado el primero, y de que es editor el segundo, cuyo título han depositado, y es como sigue: "Investigaciones patológicas y prácticas sobre las enfermedades del estómago, el canal intestinal, el hígado y otras vísceras del abdomen. Por el Dr. Juan Abercrombie, primer médico de S. M. Británica en Escocia;" y que habiendo prestado el juramento requerido, los pongo por la presente en posesion del privilegio que concede la lei de 19 de Abril de 1839 sobre propiedad de las producciones literarias, teniendo derecho exclusivo de imprimirla, pudiendo ellos solos publicar, vender y distribuir dicha obra por el tiempo que les concede el artículo 1.º de dicha lei. Dado y firmado de mi mano, sellado y refrendado por el Secretario de este gobierno en Carácas á tres de Octubre de mil ochocientos cuarenta y tres.

Bartolomé Manrique.

El Secretario, *Francisco J. Pérez.*

PROLOGO DEL EDITOR.



La traduccion y compendio de la obra del Dr. Juan Abercrombie sobre las enfermedades del estómago, el canal intestinal, el hígado y otras vísceras del vientre, no tuvo en el principio otro objeto, que su estudio metódico y profundo, así como el de convertirlo en un cuadro de referencias en que colocar los hechos, recogidos en la práctica del traductor. Hasta el año de 1830 no habia llegado á las manos de este ningun libro, ya sea en forma de sistema general de las enfermedades, ya sea en la de monografía de las relativas al estómago y demas vísceras del vientre, que describiese estas dolencias de una manera copiosa abarcando las mas de ellas; clasificándolas con una clara y sencilla discriminacion, estableciendo su diagnóstico por signos obvios y casi constantes, y fundándolo, en la naturaleza del órgano y tejidos dañados, y en las diferencias de estas lesiones observadas despues de la muerte; miéntras que un tratado con todas estas cualidades era el libro que se hacia desear por cuantos médicos ejercen su profesion en estos paises equinocciales, en donde el mayor número de enfermedades interesan el estómago, el hígado y el canal intestinal. En médio de esta falta, el traductor tuvo el logro de leer el precioso libro de Abercrombie arriba citado: este fué para él, un verdadero hallazgo; un libro que casi satisfacía sus deseos; y desde entónces creyó que era una de aquellas pocas obras

PRÓLOGO.

que deben estar siempre en las manos de los médicos, especialmente de los países equinociales. Esta convicción no se fundaba en sus propias opiniones; tuvo en su apoyo la de dos profesores extranjeros distinguidos, que le honraban con su amistad; y la noticia de haber sido el libro reimpresso en los Estados Unidos, y traducido en otras lenguas extranjeras excepto la española. Cuanto mas lo llevaba á la piedra de toque de su práctica, tanto mas crecian estas convicciones. Hízolo conocer, y aun prestó su manuscrito á con-profesores de bastante ilustracion en este pais, y los halló despues de su lectura con opiniones uniformes á la suya. Desde entónces creyó que sería mui conveniente poner en las manos de todos los que ejercen el arte de curar en Venezuela este pequeño tratado, traducido y compendiado de tal manera, que sin suprimir nocion alguna de las que el original contiene, presentara la descripcion de los casos; recortada solo en aquello que parece inútil, con el doble fin de economizar tiempo y trabajo de lectura, y de aproximar las ideas y hacer su impresion mas fuerte, desnudándola de atavíos inútiles y que por lo comun hacen divagar la atencion.

El poco tiempo del traductor para correr con su edicion le hizo franquearme el manuscrito, luego que le ofrecí encargarme de ella, arreglándola y corriendo con todos los cuidados de la impresion.

Si este libro pequeño, aunque rico de ideas preciosas, llegare á contribuir á aumentar las nociones útiles y prácticas de algunos con-profesores, y á salvar la vida de algunos hombres, quedará satisfecho todo el objeto del traductor, y del editor—*P. M.*

INVESTIGACIONES

PATOLOGICAS Y PRACTICAS.

PARTE I.

PATOLOGIA DEL ESTOMAGO.

PUNTOS SUSTANCIALES DE LA OBRA DE ABERCROMBIE SOBRE LA
PATOLOGÍA DEL ESTÓMAGO, CANAL INTESTINAL, HÍGADO
Y OTRAS VÍSCERAS ABDOMINALES.

Tres son los tejidos del estómago y canal intestinal afectados con las condiciones morbosas de estos órganos; el seroso peritoneal, el muscular y el mucoso.

La estructura de las membranas serosas está sujeta á tres alteraciones morbosas. La primera consiste en un simple aumento de espesor: la segunda, en tubérculos muy pequeños y de consistencia firme que parecen tener su quiste y todos los caracteres de los tubérculos de las otras partes del cuerpo: la tercera, en la formación de elevaciones que á primera vista parecen hidátides, mas son de naturaleza gelatinosa y no tienen quiste: son diferentes de los tubérculos y mas bien son masas ó nódulos de varias formas y tamaños.

La alteración de las exhalaciones del peritonéo es de tres maneras; en unos casos el fluido exhalado es simplemente opaco y lechoso: en otros contiene materia floculenta, y en otros tiene todas las propiedades ostensibles del pus. Estas exhalaciones pueden hacerse sin mutación notable de la serosa. Otras veces hai alteración de dos maneras: la primera es un estado reblandecido y espesado de la membrana como si hubiese si-

do cocida ; la segunda consiste en que su superficie está cubierta de una falsa membrana : el primer estado está en conexion con la exhalacion lechosa, el segundo con la floculenta y purulenta. Si una falsa membrana existe, la reabsorcion será impedida y vendrá una hidropesía consecuente.

La túnica muscular sufre : primero una accion morbosa aumentada pero uniforme y armoniosa, que al parecer proviene de causas irritantes obrando en toda la cavidad ; así produce vómitos ó diarrea : segundo, una accion aumentada pero parcial é irregular, ó mas bien lo que se llama *espasmo*. Esta se nota en las estrecheces espasmódicas de la uretra, del esófago, &.^a y en algunos casos de disenteria : tercero, una disminucion ó pérdida del poder muscular que en las tónicas musculosas provienen de demasiada distención ó de su inflamacion, v. g., en la vejiga é intestinos. Parece bien averiguado que el resultado de la inflamacion en la fibra muscular, es la gangrena : cuarto, la espesura de la túnica muscular, otra enfermedad que ha sido descrita como una lesion en el estómago, y ha llevado el nombre de *Hypertrophia* del estómago.

Las alteraciones enfermas de la mucosa son : primera, la inflamacion y sus consecuencias, que en un grado pequeño produce aflujo de moco viciado : en otras, costras aftosas : en un tercero la deposicion de una falsa membrana ; y en un estado todavía mas avanzado el reblandecimiento ó degeneracion pulposa cenicienta de porciones de la membrana, que desprendiéndose dejan espacios que corren el proceso ulcerativo. Tambien se hallan grandes porciones de esta membrana de un color uniforme oscuro blandujo parecido á la gangrena. En mui raros casos, v. g. en las hernias, llegan á unirse las dos superficies inflamadas puestas en contacto.

La túnica mucosa segrega moco hasta en cantidad de ocho libras en las veinticuatro horas, segun Haller. Cuando un animal está en ayunas mucho tiempo se cree que puede ser este fluido digerido, y convertido en quimo y en materia escrementicia.

cicatrizada una, y parecen otras en sucesión gradual. La úlcera interesa la mucosa ó quizá tambien los folículos. La segunda forma consiste en una úlcera como la anterior, pequeña pero complicada con espesor y dureza de las paredes del estómago al rededor de ella, de la extensión por ejemplo de un peso ó de una peseta, estando el resto del estómago bueno. La tercera es una ulceracion extensa é irregular de la superficie interna del estómago, generalmente complicada con espesor y dureza de las tunicas y elevaciones hongosas.

La ulceracion no siempre es constante, y la apariencia morbosa solo consiste en un pequeño espesor de la mucosa. La porcion espesada en este caso, puede ser de un color pálido, ceniciento ú oscuro bruno, ó con caracteres de la melanose. Esta apariencia suele complicarse con el espesor y dureza de todas las tunicas del estómago en la parte afectada, y con adhesión á algunos órganos vecinos. A veces, porciones de la mucosa están reblandecidas ó enteramente destruidas. En todas hai ulceracion grave y adhesiones: y las otras entrañas adheridas tambien sufren.

DIAGNÓSTICO. Todos estos males del estómago se pueden referir: 1.º Al período en que solo hai una inflamacion crónica de una porcion limitada de la mucosa del estómago ó de los folículos mucosos. 2.º A la terminacion de esta inflamacion por ulceracion. En ámbos casos puede intentarse la curacion, para impedir que la inflamacion pase á ulceracion ó para curar esta, si es que ya existe; y que pase á una desorganizacion permanente. Así importa mucho no perder un momento en los primeros períodos del mal. El riesgo está en equivocarse los síntomas de estos males del estómago con los de un desórden puramente funcional ó dispéptico.

Los síntomas del diagnóstico, son: 1.º, dolor en el estómago que ocurre con regularidad considerable inmediatamente despues del alimento, y continúa por cierto tiempo durante la digestion, especialmente si el dolor se refiere á un punto particular y si hai ternura ó sensibilidad á la presion. Todavía es mas clara la señal

si el enfermo no se alivia hasta que vomita. Mas tén-gase presente que hai algunos casos en que el mal ha progresado mucho sin haber habido vómitos; y que otras veces es el mal indicado por el vómito que ocurre de cuando en cuando sin períodos regulares y con mui poco dolor: 2.º, el vómito con las advertencias ántes dichas: 3.º, una sensacion intensa y peculiar de pirosis que á veces existe. Cuando esta sensacion es mui fuerte despues de cualquiera especie de alimentos, aun tomados en pequeñas cantidades, tenemos razon de sospechar una enfermedad de la mucosa del estómago. La sensacion de pirosis suele venir acompañada de la formacion de un fluido acre, que á veces arroja el enfermo en mucha cantidad, y que en otros casos parece depender solamente de la condicion enferma de la membrana mucosa, en cuya consecuencia los artículos ordinarios de dieta, producen aquella sensacion peculiar de irritacion (la pirosis) que en otro estado solo es causada por sustancias de una calidad acre. En estos casos los enfermos acostumbran quejarse, de que poco influye en sus sufrimientos la diferencia de los alimentos, y que todo cuanto toman, aun la misma agua, se convierte en un intenso ácido: 4.º, el enflaquecimiento y debilidad progresiva, en un grado mucho mayor que el que los simples síntomas de dispepsia producirian: 5.º, á veces esta enfermedad está acompañada y caracterizada por un estado desollado de la lengua (como carne viva, lengua lisa ó como la superficie interna de un caracol) mui roja, sin papilas y mui sensible. Las fauces en unos tienen la misma rubicundez y sensibilidad con ulceritas, en otros, costras aftosas. Tambien puede principiarse el mal por ulceritas y sensacion de quemadura en la lengua, estado que despues se extiende al esófago, y últimamente al estómago.

Entre todos estos síntomas, como cada uno no es por sí solo distintivo, importa siempre mucho atenderse para el diagnóstico, al exámen cuidadoso de la region del estómago, para descubrir si hai terneza ó sensibilidad á la presion en alguna parte. Este exámen debe hacer-

se con la mayor atencion, muchas veces y con el estómago lleno y vacío. Si se descubre dureza, el carácter del mal es obvio (véase el caso que se halla al fin de las terminaciones). Mas, téngase presente que puede existir una extensa ulceracion sin dureza, y que tambien puede haber una dureza interna sin poder descubrirse por exámen externo.

TERMINACIONES. Las principales de este mal se pueden reducir: 1.º, al aniquilamiento gradual por prolongados sufrimientos: 2.º, á la hemorragia de la úlcera. Esta hemorragia es fatal dentro de pocas horas ó en algunos dias, produciendo una hematemésis que resiste á toda medicina: 3.º, á la perforacion del estómago, dejando escapar los contenidos á la cavidad del abdomen, y excitando una peritonitis tan extensa, que es fatal dentro de diez y ocho á treinta y seis horas. En estos casos, ó la úlcera progresa en el espesor del estómago hasta que lo perfora, ó espesa su rededor de modo que parece haber sido ulcerado en su centro y cicatrizado en los bordes que quedan prominentes en contorno, alrededor de la perforacion, que ha ido hasta la túnica peritoneal, que es la última que ha cedido de repente. Cuando hai adhesiones, particularmente al hígado ó al colon trasverso, estas entrañas suplen por la pared ulcerada del estómago y sirven de obstáculo al derrame en la cavidad. A veces hai adhesiones de esta especie, y al lado se encuentra una perforacion que correspondiendo á una porcion no adherida, deja escapar los contenidos en el abdomen. Si la abertura es en el arco del colon, el escremento sale por la boca, sin síntoma alguno de cólico y estando corriente la cámara conduce al diagnóstico del mal.

En este mal ocurren muchos casos de complicacion con enfermedades del hígado ó de los intestinos ó del omento y peritonéo, y entonces los síntomas de un mal se complican con los de los otros órganos.

En este mal, como en otros afectos orgánicos, hai casos de desórdenes considerables de estructura, sin desorden proporcional de funciones, demostrado por los

síntomas y viceversa. Hai algunos á la verdad, en que solo se perciben síntomas de dispepsia que intermiten y que exasperándose el dolor que casi habia cesado, el vómito ó ámbos; ó aumentando la extenuacion, síntomas todos que habian sido mui mejorados: se desarrollan de repente y producen una pronta y fatal terminacion. Mas en la mayoría de los casos, siempre se nota mas ó ménos dolor ó al ménos incomodidad despues de comer, como si el estómago no pudiera recibir sino mui pequeñas cantidades de alimento á la vez. El síntoma del vómito suele faltar ó ser mui raro é irregular. La hemorragia á veces es mui lenta, de modo que la sangre sale por la cámara por mucho tiempo ántes de la muerte. Los síntomas del estómago solo pueden, en estos casos, distinguir este mal de la afeccion de los intestinos. El vómito y la diarrea en ocasiones es negra como tinta, ó como el vómito negro.

Algunas veces la terminacion por hemorragia es mui súbita. En otras, en que hai perforacion, viene siempre una funesta terminacion; el enfermo grita, se queja con agonía de un vehemente dolor en el estómago, siguen los síntomas de peritonitis, v. g., tension é hinchazon timpánica del vientre, con mucha sensibilidad al tacto, fiebre, &c.^a, con pulso mui débil, pequeño y muerte. Es curioso el caso del Almirante Wassenaer mencionado por Boerhave, que murió de repente en el acto de vomitar inmediatamente despues de comer. La parte inferior del esófago se habia reventado en el lugar de la úlcera, y dió paso al alimento y bebida en la cavidad del pecho. En el primer volúmen del Archivo general de Medicina, se refiere que un hombre que por seis meses habia sufrido mucho del estómago, especialmente despues de comer, tuvo un ataque de vómitos violentos que duraron tres dias, fué afectado de perlesía, y en cuatro dias murió comatoso. En su cadáver se encontró derrame en el cerebro; y el esófago se habia reventado un poquito mas arriba del cárdias, por una abertura de pulgada y media de largo, dejando escapar mucho líquido, que habia pasado á la cavidad

derecha de la pleura. Hai tambien casos en las mujeres, que despues de haberse quejado mucho de síntomas relativos á la region del útero y que aun presentan la boca de tenca escirrosa, tienen dolor en el estómago, apetito caprichoso y vómitos de cuando en cuando. En estos casos es mui oscuro el diagnóstico, porque los afectos uterinos simpatizan mucho con el estómago y pueden estos síntomas tomarse equivocadamente como que proceden de simples simpatías. El grado violento del dolor del estómago, el vómito mas regularmente establecido y los otros síntomas gástricos, deben de servir para formar juicio acerca de la complicacion de las dos enfermedades diversas y coincidentes á un mismo tiempo.

El autor trae el siguiente caso y es uno de los mas extraordinarios que hai archivados, de la destruccion del estómago por ulceracion, y en que este participaba del carácter canceroso. Una mujer de 49 años, despues de haberse quejado por algun tiempo de debilidad y constante incomodidad en la region del estómago, con ataques de agudo dolor al lado izquierdo del epigástrico, principió á tener vómitos constantes y á enflaquecerse, quejándose de dolor obtuso en la region epigástrica, en donde se le notaba una dureza considerable. Estuvo libre del vómito por mas de quince dias, en que le substituyó la diarrea; se debilitó mucho y murió volviendo el vómito, aunque ménos severo, tres ó cuatro dias ántes de morir. En los dias que vomitó, tomó alimentos y bebidas de diversas especies y en bastante cantidad, sin haber cesado hasta pocas horas ántes de la muerte.

La inspeccion mostró al buscar el estómago una abertura ancha é irregular que iba al interior de él, en consecuencia de la cual una gran parte de su arco grande habia sido destruido. En el lado izquierdo habia una gran masa irregular que parecia ser en el bazo, que estaba grande y desorganizado, y los restos del gran arco del estómago todo confundido en una masa de desorganizacion, en cuya sustancia habia un quiste de materia mui fétida. Esta masa estaba adherida al cár-

dias por una porcion angosta que quedaba de las túnicas del estómago en aquel lugar, y cuando estos órganos se separaron y extendieron, suspendiendo el estómago por el cárdias y el píloro, se notaba que cerca de la mitad de este órgano, hácia su extremidad pilórica, estaba sano y unido al cárdias por una porcion angosta de la pequeña curvatura que quedaba; y por otra pequeña porcion de la gran curvatura, colgaba en el lado izquierdo, la gran masa que hemos mencionado. El lado izquierdo y parte inferior del gran arco del estómago faltaban del todo, en tales términos que cuando las partes estaban extendidas, como acabamos de decir, parecia que cerca de una mitad del estómago habia sido destruida, y era de creer que la parte que parecia faltar, estaba incluida en la masa desorganizada del lado izquierdo. La parte sana estaba separada de esta masa por una línea de ulceracion, de tal extension, que la extremidad pilórica quedaba adherida al cárdias, solo por una porcion de dos pulgadas de ancho, que quedaban del arco menor. El borde ulcerado en que se verificó la separacion, estaba lleno de tubérculos menores y duros, como los bordes de una úlcera cancerosa. El pancreas estaba duro, el hígado pálido y blando, las otras vísceras sanas.

TRATAMIENTO. Este consiste en sangrías locales copiosas y repetidas, seguidas de vejigatorios, fuentes y la excitacion de una erupcion por el unguento de tártaro emético. El plan higiénico debe ser de alimentos en mui pocas cantidades, mui suaves, compuestos de harinosos y leche. Nada de vinos, licores &.^a, poco ejercicio. Así importa mucho la discriminacion de la lesion crónica inflamatoria en que conviene este método, y la dispepsia pura en que conviene mucho ejercicio y alimentos diversos. Como medicina interna bastan solo los laxantes para mantener el vientre libre. Cuando hai razon para temer la ulceracion, entónces podemos conseguir algun beneficio del uso de algunos remedios internos, como el óxido de bismuto, el agua de cal, y el ácido nítrico, y en algunos casos pequeñas cantidades

de mercurio. Pequeñas dosis de los medicamentos opiados combinados con los artículos mucilaginosos de dieta, suelen ser mui útiles, como tambien los astringentes, v. g. la goma-kino, el alumbre y la ratánia. La solucion arsenical y pequeñas dosis del nitrato de plata han sido recomendados. En algunos casos en que la enfermedad progresa, el autor ha sacado mucho beneficio del sulfato de hierro.

Es dudoso si el mal, cuando ya ha llegado á la ulceracion, es curable. Sin embargo, Abercrombie ha hallado úlceras cicatrizadas, cuando otras han vuelto y han destruido al paciente, y la analogía de cicatrizacion de las úlceras intestinales hacen probable la posibilidad de esta curacion. El autor asegura haber visto cicatrices de estas úlceras en casos de muerte de otros males, y despues de haber estado perfectamente libres de toda afeccion ó síntomas del estómago por algun tiempo considerable. Tambien refiere un caso en que curó una señora con el agua de cal, y dándole tres veces al dia, dos granos de sulfato de hierro, combinado con cinco granos de polvo aromático y un grano de aloes, que era bastante para arreglar los intestinos en la evacuacion cotidiana. Considera como alimento mui útil junto con los harinosos, la cuajada mui fresca de leche ó los harinosos con leche.

Hai una afeccion inflamatoria de la membrana mucosa del estómago de un género particular que frecuentemente ocurre en la práctica, unida con una condicion inflamatoria general de toda la extension de la mucosa desde la faringe abajo. Abercrombie cree que á veces viene como una enfermedad idiopática (*).

(*) Yo tambien lo creo, v. g. el caso del Doctor O. y otros muchos que he visto en Carácas. Mas comunmente se observa en el estado avanzado de otras enfermedades, v. g. en muchos casos de fiebre idiopática mucosa de Puerto-Rico y en algunas inflamaciones como la pneumonía. Esta afeccion consiste en una desolladura peculiar con aumento de sensibilidad de toda la boca y garganta, de modo que el mas suave alimento ó bebida excita escozor ó ardor; tienen una apariencia seca y con lustre brillante, la lengua

Las aftas de los niños cuando son graves y vienen combinadas con la diarrea, están acompañadas de iguales erupciones en el canal intestinal.

La Diphtheritis, llamada así por los franceses, es una de las enfermedades de la membrana mucosa de estas partes, que afecta epidémicamente, en especial á los niños, y es muchas veces fatal. El primer síntoma es una fuerte rubicundez de las agallas ó paladar sin hinchazon ó ulceracion; pero sí, con la formacion de costras aftosas que generalmente son de un color muy blanco. Cuando estas costras se desprenden, las partes que cubrian se notan muy rojas, sin solucion de continuo ó úlcera en la superficie y las costras se reproducen en pocas horas. Por lo comun hai escoriaciones ó ulceritas en la membrana interna de las mejillas y labios y una escoriacion dolorosa de la mucosa de la nariz: con frecuencia se observa una condicion esponjosa, y salida de sangre de las encías, y á veces la boca toda se inflama, como si hubiera sido por el efecto del mercurio. En general hai poca fiebre; pero sí mucha postracion de fuerzas y muchas veces un estado enfermo de todo el sistema, las partes á que se aplican los vejigatorios corren á la gangrena y la mas ligera rasca-

está como la superficie interna de un caracol; hai una fuerte rubicundez de la faringe, salpicaduras de costras aftosas y á veces toda la faringe presenta una costra densa, continuada, de un carácter aftoso. Generalmente hai sensibilidad á la presion en la region epigástrica, con incomodidad al tragar, sentida en todo el curso del esófago, y molestia ó desazon en el estómago excitada por los suaves alimentos ó bebidas. A veces esta se comunica inmediatamente á los intestinos y los alimentos salen rápidamente por el curso. En unos casos hai vómitos, en otros vómitos y diarrea. Abercrombie no ha observado que la afeccion sea fatal cuando la enfermedad original ha sido curada. A este mal muy comun en estos paises de América, dan los escritores ingleses el nombre de *aftas*. Mas á veces toma un carácter muy alarmante con un pulso muy rápido y extrema debilidad.

El remedio que el autor ha hallado mas útil, es el agua de cal, ó partes iguales de agua de cal y un fuerte cocimiento de quasia. Tambien son útiles pequeños opiados y muy suaves alimentos; mas cuando hai suma debilidad, se puede mezclar con el sulú un poquito de vino ó brandi.—(Nota del traductor.)

dura se ulcera con algunas vejigas y afeccion de los linfáticos inmediatos (*).

De ordinario la enfermedad se extiende al esófago y estómago con sensibilidad en el epigástrico y vómitos á veces, diarrea y escoriacion del ano. Y en ocasiones es una afeccion ligera.

TERMINACION. Esta es fatal cuando se extiende á la laringe y corre con mucha rapidez cuando se acompaña con todos los síntomas del croup en su forma mas grave. <

TRATAMIENTO. El autor dice que ha hallado en su práctica ser mui necesario mantener las fuerzas por el uso del vino en gran cantidad. El cree útil el uso de los ácidos vejetales y minerales, mantener el vientre libre sin purgar mucho, franca ventilacion, humedecer el cuerpo con agua y vinagre tibios. Cuando el estómago ha estado mui afectado, el óxido de bismuto, el agua de cal y los opiados se han hallado mui útiles. Las gárgaras estimulantes y ácidas son convenientes. El Dr. Hamilton recomienda el acetato de plomo, tanto interiormente como en gárgaras. El Sr. Bretonneau confía mucho en el libre uso del calomel, y tocar las fauces con un hisopillo de partes iguales de miel de abejas y ácido muriático. Si la laringe es afectada, el peligro es extremo, porque la enfermedad no permite la sangría y el vejigatorio puede agangrenarse; el libre uso del calomel es la única práctica capaz de detenerla.

Bretonneau (†) ha considerado esta enfermedad como sinónima del croup; mas hai toda razon para considerarla como una afeccion primitiva de la membrana mucosa de las fauces y esófago, á veces limitada á estas partes, á veces extendiéndose al estómago ó á la laringe. Se distingue de la *sinanche maligna* y de la *escarlatina anginosa* por la falta de la ulceracion, y evidentemente difiere de la inflamacion idiopática de la mem-

(*) Yo me acuerdo de un caso de esta especie en un niño de N. B. vecino de Puerto-Rico, y un niño de las Sras. S. y otros en Carácas.—(Nota del traductor.)

(†) Des inflammations speciales du Tissu muqueux.

brana de la laringe llamada croup. El croup es una inflamacion activa, y por un tratamiento temprano y decidido puede ser curada, miéntras que la sinanche maligna y la diphtherite laringea no permiten el mismo tratamiento depletorio y debilitante, y casi siempre son fatales.

Hai una desorganizacion particular de las paredes del estómago sin mostrar caractéres de ulceracion ó inflamacion previa, sino una degeneracion blanda, gelatinosa ó pulposa de la sustancia del estómago. Una parte se separa dejando una abertura rodeada de partes adelgazadas y parcialmente blandas, mas sin apariencia de vascularidad aumentada. A veces la perforacion es mui grande, otras ocasiones hai cuatro ó cinco perforaciones separadas por porciones angostas parcialmente blandas. Hunter atribuye este fenómeno á la accion del jugo gástrico sobre las paredes del estómago. Burns refiere un caso en que inmediatamente despues de la muerte no estaba perforado el estómago, mas sí dos dias despues. Wilson Philip ha hallado que en los conejos despues de haber comido mucho y examinados algun tiempo despues de la muerte, el estómago tenia en muchos casos su gran arco disuelto y perforado. Este fenómeno téngase mui presente en los casos de exámen de cadáveres envenenados ó sospechados de haberlo sido.

El reblandecimiento de la membrana mucosa cuyas porciones se suelen hallar en un estado blando como semi-transparente, viscoso por lo general, sin ninguna otra enfermedad de estas partes, no merece en opinion de Abercrombie ser considerado como una enfermedad particular, pues que en casi todos los casos que refiere Mr. Louis (*) las personas habian padecido otras enfermedades, particularmente la tísis, y se quejaron, algun tiempo ántes de la muerte, de calor y dolor en la region epigástrica, con inapetencia, náuseas y vómitos; mas habia otras lesiones halladas en el cadáver en un

(*) Memoires et recherches anatomico-pathologiques.

gran número de casos que explicaban los síntomas gástricos. Además el mismo autor trae casos de este reblandecimiento mucoso sin haber habido síntomas referibles al estómago.

SEGUNDA CLASE.

DE LAS ENFERMEDADES DEL ESTOMAGO QUE COMPREN-
DEN LAS MAS PROPIAMENTE ORGANICAS.

Estas se reducen á tres secciones.

- 1.^a Dureza y espesor de las tunicas del estómago.
- 2.^a Enfermedades del píloro.
- 3.^a Enfermedades del cárdias.

LA PRIMERA degeneracion consiste en una masa dura y uniforme con los caractéres del escirro y á veces casi cartilaginosa, otras en una masa de tubérculos ó de tumores que sobresalen dentro de la cavidad y son de una textura blanda parecida á la sustancia del cerebro; á veces hai en esta masa abscesos llenos de pus.

Los síntomas son los mismos de la inflamacion y ulceracion, con mas, el tacto del tumor que á veces se percibe.

SEGUNDA SECCION. Enfermedades del píloro. Estas pueden principiar de un modo ligero é insidioso, como un afecto puramente dispéptico y despues van tomando un carácter mas confirmado; ó pueden venir de un modo mas rápido con síntomas agudos que se parezcan á un ataque inflamatorio.

En su estado adelantado se distingue por vómito periódico despues del alimento, á ciertos intervalos regulares con desazon en la region del estómago y comunmente podemos percibir mas ó ménos dureza en la region del píloro. Mas á veces hai extensa enfermedad del píloro, miéntras los síntomas tienen una remision notable y grandes intervalos de buena salud, sin vómitos y sin dureza que pueda descubrirse al tacto. Las degeneraciones del píloro son las mismas que se encuentran en el estómago, v. g. el escirro firme ó el

cartilago sin úlcera ó con úlceras, ó un fungus canceroso.

TERCERA SECCION. Abraza las mismas afecciones del cárdias que las descritas en el píloro.

TERCERA CLASE.

DE LAS ENFERMEDADES DEL ESTOMAGO FUNCIONALES
Ó PROPIAMENTE DE LA DISPEPSIA.

Las circunstancias necesarias para hacer una digestion sana, son : 1.^a, el estado sano de la accion muscular del estómago : 2.^a, la accion sana, consecuente y armoniosa de la túnica muscular del canal intestinal : 3.^a, el estado sano de los fluidos del estómago en cantidad y calidad : 4.^a, el estado sano en cantidad y calidad de los otros fluidos segregados del hígado, pancreas y tubo intestinal : 5.^a, el estado sano de la misma membrana mucosa del estómago é intestinos. La dependencia que la funcion de la digestion tiene de la influencia del octavo par de nervios, es uno de los mas bellos descubrimientos de la Fisiología moderna ; pero de este descubrimiento no se ha sacado consecuencia alguna de una naturaleza práctica.

Cuando estas funciones están desordenadas, el alimento queda demasiado tiempo en el estómago sin digerirse bien, se desarrollan ácidos y gases diversos ; quedan en el estómago materias mal digeridas, fermentadas y quizá parcialmente pútridas. Estos estímulos morbosos excitan contracciones musculares irregulares, causan regurgitaciones en el esófago del alimento mal digerido, eructos y aun vómitos, ó cediendo la fuerza muscular á la dilatacion de los gases, causa distension penosa, opresion, ansiedad, esto es, un paroxismo de dispepsia. Así cuando hablamos de dispepsia, no entendemos la evolucion de estos mismos síntomas producidos por las lesiones orgánicas ántes dichas ; sino desórdenes de una naturaleza puramente funcionales, sin conexion, con alteracion de la estructura del mismo estómago ó de algunas entrañas vecinas. En estrictos principios de Patología, es mui difícil ave-

riguar la naturaleza exacta de estos desórdenes de funciones, porque no son sino acciones turbadas de las partes vivientes ; pero la mayor parte de estos es conjetural.

El método curativo consiste en el régimen de comer: 1.º, poca cantidad á la vez : 2.º de buena calidad, alimento sólido animal, pescado blando asado ó cocido; evitando la grasa, las partes tendinosas y cartilaginosas, el albumen cocido, la epidermis de las frutas y segun algunos los vegetales mucilaginosos y dulces : 3.ª, con suficientes distancias de 5 á 7 horas.

La cantidad influye mas que la calidad, los alimentos vegetales, los harinosos, y la leche curan muchos casos en que el alimento animal irrita y causa la dispepsia. Mas entónces estos alimentos vegetales y la leche deben ser solos.

En cuanto á medicinas internas, importa mucho mantener el vientre libre por el uso de pequeñas dosis de laxantes combinados con tónicos de modo que imiten la accion sana del estómago é intestinos. Para esto es mui bueno el polvo de colombo con carbonate de potasa y algunos granos de ruibarbo, tomado una ó dos veces al dia; sulfato de hierro con aloes, sulfato de quina con aloes, óxido de bismuto con ruibarbo y aloes. El agua de cal y los ácidos minerales son muchas veces útiles. El ácido nítrico sobre todo es uno de los mejores tónicos y uno de los mejores correctivos de la acidez. El ejercicio sin la fatiga es mui útil.

El uso de los estimulantes y de los purgantes activos es nocivo. El autor tiene aprensiones de que suele hacerse gran mal con el uso indiscriminado del mercurio. Hai ciertamente desórdenes del estómago, probablemente conexionados con desórdenes del hígado en que el uso prudente del mercurio es mui útil; mas en otros es decididamente nocivo. Y el autor cree que en todos los desórdenes del estómago, el mercurio en cualquiera forma ó en cualquiera cantidad no debe ser empleado cuando se pueden conseguir los mismos resultados por otros medios. El galvanismo puede ser

mui útil, cuando la accion muscular del estómago está dañada.

OTROS AFECTOS DEL ESTOMAGO.

I. La gastrodinia ó dolor del estómago ocurre en cuatro formas que parece que establecen importantes diferencias en la naturaleza del mal.

PRIMERA FORMA. Dolor de estómago estando este órgano vacío, y que se alivia tomando alimento; depende probablemente de acrimonia de los fluidos del estómago y se calma con los absorbentes y alcalinos.

SEGUNDA FORMA. Dolor de estómago inmediatamente despues de haber tomado alimentos y que continúa durante todo el proceso de la digestion ó hasta que el estómago se alivia por el vómito. Este nace de la inflamacion crónica ó irritabilidad aumentada de la mucosa del estómago. El método queda ya establecido en las enfermedades de la primera clase inflamatorias ó ulceraciones.

TERCERA FORMA. Dolor de estómago que principia á las cuatro horas despues de tomar alimento y que continúa por algun tiempo. Este probablemente tiene su asiento en el duodeno y nace de una accion inflamatoria ó sensibilidad morbosa de su membrana mucosa, está acompañada de dolor ó sensibilidad aumentada por la presion del hipocóndrio derecho y por tanto puede dar lugar á equivocaciones con las afecciones del hígado. En el curso del acceso el dolor puede extenderse oblicuamente abajo y atras, en la direccion del riñon derecho, y de allí otra vez hácia el ombligo ó á una línea profunda que le corresponde. En estos afectos del duodeno que muchas veces se confunden ignorantemente con los del estómago é hígado, nada es de mayor utilidad que el sulfato de hierro en dosis de dos granos combinados con un grano de aloes y cinco granos de polvo aromático, tomados tres vezes al dia. El óxido de bismuto combinado con el ruibarbo, así como el agua de cal y pequeños opiados son tambien mui úti-

les. Si la afeccion es mas obstinada, empléese la sangría local, el vejigatorio y la dieta harinosa.

CUARTA FORMA. Dolor de estómago que ocurre en intervalos inciertos, y en paroxismos mui violentos acompañados generalmente de sensacion de distencion, mucha ansiedad y extrema inquietud, y en las mujeres se asocia con síntomas histéricos.

Este nace de distension extraordinaria del estómago y se alivia por los carminativos; pero muchas veces es intratable. El mejor remedio ó alivio en la opinion del autor, es la excitacion de una accion brusca de los intestinos por una lavativa fuerte. Parece que este dolor es cólico ó que existe en el arco del colon. Los estimulantes externos, como los sinapismos y las fricciones con los espíritus alcohólicos fuertes, alivian mucho algunas veces.

Ademas, hai dolores de gota retropulsa en forma de paroxismos repentinos y agudos, y se alivian con los estimulantes combinados con los álcalis y pequeños opiados; mas importa que se les atienda con mucho cuidado y se emplee la sangría tópica y el vejigatorio. En las mujeres de una constitucion irritable, tambien ocurren dolores de estómago con un carácter espasmódico ó neurálgico, y deben ser tratados por los opiados con los absorbentes y alcalinos. Mas téngase siempre presente el no equivocarse estos dolores de estómago con los que nacen de la inflamacion ó sus consecuencias en el estómago ó duodeno. Mr. Barras (*) se declara contra la doctrina indiscriminada de la escuela francesa, que refiere todos los afectos de esta clase á la gastroenteritis crónica; y manifiesta de un modo satisfactorio los males que nacen de una aplicacion indiscriminada de este sistema y de la práctica fundada en él.

II. El vómito crónico por intervalos irregulares y sin sospecha de enfermedad orgánica, depende de la irritabilidad morbosa de la mucosa del estómago y á veces es mui tenaz. Ocurre á poco de tomar el alimento

(*) Sur les gastralgies et les enteralgies.

ó tres ó cuatro horas despues. En el primer caso parece que nace del estómago; en el segundo del píloro ó duodeno. El óxido de bismuto en algunos casos es mui útil y el agua de cal. Tambien se ha hallado útil la fuerte tintura de ajos: otras, algunas pequeñas dosis de calomel, y ha solido aprovechar el vejigatorio y el unguento de tártaro emético. Mas, téngase presente que el vómito puede depender de alguna lesion orgánica de las antedichas, ó de afectos simpáticos de los riñones, hígado, bazo, pancreas y aun del cerebro. Tambien acompaña simpáticamente á los afectos de la matriz.

III. Pirosis obstinada, muchas veces intratable, y acompañada de flujo por la boca de moco delgado y acre que sale con el eructo, ó de una sensacion de acidez constante é intensa, producida por artículos que no la excitan en las personas sanas. Este síntoma tenaz é intratable, nace del estado enfermo de la mucosa del estómago. Si el fluido sale bruno, color de chocolate, con estrias de sangre ó negras, debe temerse la ulceracion; cuando es mucoso agrio, gleroso como clara de huevo, depende probablemente del estado de espesor de la mucosa y á veces de un estado de melanosis. El agua de cal, el óxido de bismuto, los estimulantes como el ajo, benjuí y frecuentemente con los ácidos, en particular el nítrico, el vejigatorio y la dieta harinosa, alivian con frecuencia al enfermo.

IV. La hematemesis á veces ocurre sin lesion orgánica ó ulceracion, y aun suele ser fatal sin ser posible encontrar esta. Otras, nace de un estado varicoso del estómago. A veces la cantidad de sangre arrojada es grandísima, y reduce el enfermo al último grado de debilidad, y con todo, la enfermedad no es fatal; así importa hacer esfuerzos para salvar al enfermo. Las mujeres pueden estar sujetas á frecuentes y casi periódicos ataques de ella, nacido esto de la retencion de la menstruacion.

TRATAMIENTO. Si hai mucha debilidad, dénse pequeñas cantidades de brandi en pequeños intervalos. El acetato de plomo á veces es mui útil dado desde uno á

dos granos cada tres ó cuatro horas, en el curso de dia y medio á dos dias si es necesario. Tambien los ácidos minerales, la tintura de muriato de hierro, el óxido de bismuto, el alumbre, la goma-kino en polvo ó en tintura. La dieta será harinosa, leche en pequeñas cantidades, la cuajada fresca.

V. Afecciones simpáticas del corazon. Estas son muchas veces los síntomas mas molestos que acompañan los afectos del estómago y son los mas alarmantes al enfermo. Se presenta bajo diversas formas y toman con frecuencia, en un grado mui considerable, todos los caractéres de las enfermedades fijas del corazon ó de los grandes vasos. La forma mas ligera y quizá la mas comun, consiste en una sensacion momentánea de agitacion ó vuelco del corazon, como el que es producido por una sorpresa repentina ó susto, y está acompañada de intermision del pulso. Esta sensacion se repite una ó mas veces en cada período y ocurre en largos intervalos, ó acontece en rápida sucesion por media ó una hora ; ó se siente á veces con intervalos irregulares por dias, semanas y aun meses. Hai casos en que viene acompañada de una sensacion como si agarraran violentamente el corazon con la mano. En otras, el afecto toma la forma de accesos continuados de palpitacion ó de una accion fuerte é irregular de este órgano que continúa sin remision por una hora ó mas cada vez ; y se renueva de este modo diariamente ó varias veces en el dia por un espacio de tiempo, y á veces con intervalos mui irregulares. En otros casos, estos accesos de palpitacion continúan por muchos dias seguidos, son acompañados de irregularidad de pulso, cuando la accion del corazon es tambien irregular, mas con frecuencia no hai irregularidad en la accion. El afecto consiste en una fuerte pulsacion que el enfermo siente ú oye latiendo en su oido, y que puede contar distintamente por el sonido, especialmente cuando está acostado. Otras veces es solo una frecuencia aumentada de la accion del corazon mostrándose por paroxismos de un pulso veloz, acompañado de una sensacion de ansiedad, y continúa por

una hora ó dos á la vez, sin irregularidad. Hai casos de estos que duran un año (*).

El principal diagnóstico entre estos afectos y los orgánicos del corazón consiste: 1.º en que el pulso es regular y la acción del corazón natural durante los intervalos entre los ataques: 2.º en la conexión obvia con los desórdenes del estómago: 3.º en el alivio por medicinas que curan el estado de este órgano, y sobre todo en que los síntomas ocurren mas fácilmente cuando el enfermo está quieto, particularmente despues de la comida; no se aumentan por el ejercicio corporal, sino mas bien se alivian; y no se excita por aquellos esfuerzos corporales que naturalmente debian producir el acceso si fuese afecto orgánico del corazón.

Este mal, mui alarmante para el enfermo, suele poner en mucha perplejidad al médico; porque á causa de la permanencia de los síntomas, toman en alto grado el carácter de las enfermedades del corazón y aun presentan algunas de las señales estetoscópicas, particularmente el ruido de fuelle. Tambien hai en ocasiones un grado considerable de disnea y paroxismos de una sensación ansiosa de sufocación. En algunos casos se siente la impresión mas desagradable en la region del corazón junto con gran ansiedad y opresión al través del torax, pulso débil y rápido, no hai disnea, sino la enunciada incomodidad; el enfermo hace inspiraciones frecuentes y grandes sin dificultad, y mientras los pulmones están en una inspiración completa, el mismo enfermo y las personas que están mui cerca de él oyen un sonido mui parecido al fuerte tic tic de un reloj, que corresponde con el pulso y que solo se oye cuando los pulmones están inflados y en una fuerte inspiración. Este ataque continúa de un cuarto á dos de hora y pasa de repente la sensación como si alguna obstrucción cesase. Toda sensación incómoda desaparece y el pulso se pone lleno, blando, regular y de su frecuencia natural.

(*) El del Sr. M. Y., de Carácas, ha continuado por mas de un año.—(Nota del traductor.)

El grande estreñimiento, los desórdenes del estómago y las grandes ansiedades de ánimo producen estas afecciones. Se curan con el vino cólchici, ó con mantener el vientre libre con el sulfato de hierro y aloes.

OBSERVACION. El autor refiere un caso mui singular de un enfermo con síntomas de dispepsia, estreñimiento, cámaras de mal color &ª. Este enfermo de 50 años y de una salud mui delicada, sufría varias veces en el dia y de repente una sensacion desagradable en la region epigástrica acompañada de un sonido violento y mui recio, como un eructo de viento; al mismo tiempo que se oía el sonido, sentia un violento dolor en alguna parte de las extremidades inferiores, por lo general en el lado interno del muslo mas arriba de la rodilla, con sacudimiento convulsivo del miembro, y el dolor por algun tiempo era tan fuerte que al momento y casi por un movimiento maquinal se agarraba la parte fuertemente con ambas manos (un fuerte calambre). Esto pasaba en un instante y solo dejaba en la rodilla una ligera incomodidad que se aliviaba con las fricciones. Estos accesos sucedian muchas veces en el dia y en la noche con frecuentes sobresaltos de los miembros. Los purgantes suaves y los opiados eran los únicos remedios que lo aliviaban (*).

VI. Otros desórdenes del estómago por afectos que no le corresponden inmediatamente: 1.º Desorden de las funciones del estómago por tumores adheridos á su exterior, producen vómitos despues del alimento, enflaquecimiento, diarrea y la muerte. Mas esto es mui raro sin que el estómago sea interiormente interesado.

Abercrombie refiere un caso de dureza escirrosas del pancreas con vómito constante. La afeccion de la vejiga de la hiel llena de cálculos, la del hígado, del bazo, del omento, los tumores adheridos al esófago suelen traer vómitos, flatulencias, emagracion y aun dolor de estómago.

(*) Abernethy habla de muchos afectos dolorosos como reumáticos que dependen de desórdenes del estómago.

ENFERMEDADES DEL ESOFAGO.

SÍNTOMAS. Voz ronca, áspera, fauces rojas con placas aftosas y alguna fiebre, mucha dificultad de tragar, alguna disnea, vómitos y aun tos que se excita cuando el enfermo quiere tragar, debilidad, enflaquecimiento, y cuando la terminacion es fatal, fiebre lenta. La inspeccion cadavérica muestra úlceras, membranas preternaturales cubriendo mas ó ménos porcion del esófago, que á veces se extienden á la epiglotis y aun á la laringe.

PATOLOGÍA DE LA DISFAGÍA. Las principales causas de la disfagia son las siguientes: 1.^a aumento de volúmen de la epiglotis y enfermedades de la laringe conocidas por tos y disnea; mas á veces estos síntomas son muy ligeros, y el síntoma prominente es ataque de disfagia al tiempo de tragar, con sensacion de sufocacion.

2.^a Paralisis del esófago dependiente de afeccion del cerebro y de la médula espinal. En este caso es preciso introducir el alimento por un tubo elástico. El carácter de esta enfermedad es una pérdida repentina y completa del poder de tragar, mientras que un probam de los mayores puede pasar sin dificultad. Este mal cede por lo general en poco tiempo: en algunos ha sido útil la electricidad.

3.^a La simple estrechez del esófago que consiste en una contraccion de pequeña extension y en un punto particular, unido por lo general con el espesor de la membrana mucosa de la parte, sin enfermedad de sus otras tunicas.

4.^a Estrechez con enfermedad mas extensa, como espesor y dureza de las tunicas del esófago, muchas veces de grande extension, combinada con alteracion de su superficie interna que á veces toma un carácter canceroso.

5.^a Tumores externos del esófago formados por la hinchazon de las glándulas bronquiales ó de las glándulas que existen en el mediastino posterior.

6.^a Tumores poliposos que crecen en la superficie interna del mismo esófago.

7.^a Abscesos detras del esófago ó entre sus tunicas, y que forman un tumor que solo sale dentro de su calibre. Estos llegan á veces á un tamaño considerable sin percibirse, y aun cuando se revientan vuelven otra vez á llenarse. La disfagia entónces es mui grande, y si está en la faringe tambien hai disnea.

8.^a Aneurisma de la aorta. A veces es tan insidiosa que no se nota mas que la dificultad de tragar, cuando de repente se conoce que existia una aneurisma por la hemorragia fatal que de improviso termina la vida.

9.^a Enfermedad del cárdias ya referida.

10.^a Disfagia nacida de irritabilidad morbosa, ó de algun grado de afeccion inflamatoria de una parte de la membrana mucosa. Quizá esta es la estrechez que ha llevado el nombre de *espasmódica del esófago*. Hai casos en que la introduccion de las bolas de plata para sondear el recto ó el esófago, han aliviado y curado el mal.

PATOLOGIA DEL DUODENO.

La peculiaridad de las afecciones del duodeno parece consistir en que el alimento es tomado con apetito y el primer estado de la digestión no es impedido, mas el dolor empieza cuando ya el alimento está pasando del estómago al duodeno, esto es, dos ó tres horas despues de la comida. Entónces el dolor continúa con gran severidad, á veces por algunas horas, y por lo general se extiende oblicuamente atras en la direccion del riñon derecho. En ocasiones cede despues de algun tiempo, otras se alivia por el vómito.

La enfermedad tiene los mismos progresos y terminacion de las del estómago. El duodeno se encuentra distendido, duro y lleno de ulceraciones, ó de tubérculos de materia blanca. A veces termina por la hemorragia sanguínea y la muerte. En este caso descrito por Broussais, hai dolor en el epigástrico, síntomas dispépticos y la muerte es precedida de frialdad, palidez y movimientos convulsivos. Tambien termina por la per-

foracion y rápida peritonitis, lo mismo que hemos dicho en los casos de perforacion del estómago.

En fin, el autor refiere un caso de un tumor en la region epigástrica, de cerca de un año, y cuyo principio vino de un esfuerzo violento al levantar un bulto. El tumor era ancho, chato, firme y libre de dolor ó sensibilidad. Al examinarlo parecia una masa de degeneracion orgánica de grande extension; mas notando que su salud era buena, que las funciones del estómago eran tambien buenas, los médicos creyeron que el mal estaria en las paredes del vientre, hasta que haciendo repetidos exámenes (*) el Dr. Kellie percibió en el tumor una sensacion oscura de crepitus. Segun esta indicacion se empleó la presion de un modo perseverante, y el tumor desapareció gradualmente. Era pues una hernia; mas no sabemos cuáles eran las partes contenidas.

Las hernias, en las paredes del abdomen, por mui pequeñas que sean, son á veces capaces de producir paroxismos de dolor con vómitos á intervalos indeterminados. Téngase esto presente.

PATOLOGIA DEL CANAL INTESTINAL.

Para entender bien la patología del canal intestinal, es preciso tener presente sus tres estructuras, á saber: la peritoneal, la muscular y la mucosa. Estas estructuras ó tejidos desempeñan diversas funciones, y son tambien sitios distintos de enfermedades. Lo mas importante de esta investigacion es trazar las diversas clases de síntomas que nacen de las lesiones de estos diferentes tejidos ó que tienen relacion con ellas. La mas extensa observacion demuestra que el resultado mas frecuente de la inflamacion en una membrana serosa es el depósito de una falsa membrana; en una mucosa la ulceracion; en una parte muscular la gangrena. Hai modificaciones de estas terminaciones; mas estas

(*) Esto prueba bien hasta donde llega la importancia de hacer los exámenes mas prolijos y repetidos.

son las mas prominentes y peculiares á estos tres tejidos. Así cuando en una enfermedad del canal intestinal, que termina por la muerte, encontramos la ulceracion de la superficie interna, debemos inferir que el mal estaba principalmente en la mucosa: si hallamos solo membranas albuminosas, que estaba en el peritonoé: si la gangrena, que el tejido muscular era el afectado; y finalmente, si hallamos dos ó mas de estas lesiones, inferiremos que el mal se componia de dos ó mas de estos tres tejidos.

Bajo de un punto de vista práctico podemos dividir los afectos intestinales en tres grandes clases: 1.^a existiendo sin alterar las funciones del canal intestinal, aun en su forma mas grave, y solo afectan la membrana serosa ó peritoneal: 2.^a con estreñimiento hasta la completa obstruccion de los intestinos, y produce las lesiones de la membrana muscosa, el ileus; y 3.^a con mas ó menos diarrea y produce las de la mucosa que son la diarrea y la disenteria.

En cuanto á las impresiones morbosas inflamatorias que producen las lesiones intestinales, pueden ser divididas: 1.^a en las que son necesariamente y siempre inflamatorias que abrazan en su subdivision tres órdenes: 1.^o simple peritonitis sin desórden de la accion muscular de los intestinos: 2.^o peritonitis con obstruccion de los intestinos, lo que constituye la enfermedad llamada comunmente enteritis; y 3.^o la inflamacion de la membrana mucosa que viene acompañada de mas ó ménos diarrea ó disenteria.

Pero la division mas útil para el tratamiento es:

- 1.^a Afectos inflamatorios de las partes mas externas que incluyen la peritonitis y la enteritis.
- 2.^a Ileus.
- 3.^a Afectos mas internos de la membrana mucosa.

PARTE I.

AFECTOS INFLAMATORIOS DE LAS PARTES MAS EXTERNAS
 DEL CANAL INTESTINAL QUE COMPRENDEN
 LA PERITONITIS Y LA ENTERITIS.

En la inflamacion del canal intestinal hai tres variedades notables. La inflamacion puede existir en el canal y marchar á una fatal terminacion: 1.º, con un estado regular de los intestinos ó fácil de evacuarse: 2.º, con una obstruccion insuperable: 3.º, con una diarrea ó disenteria severa é intratable. Verificada la diseccion, hallamos en la primera de estas formas una adherencia extensa de las partes por medio de una deposicion pseudo-membranosa, y frecuentemente algun fluido puriforme. En la segunda, esta apariencia está combinada con la gangrena. En la tercera, hai ulceracion ó algun otro resultado de la inflamacion sobre la superficie interna del canal, muchas veces sin alguna apariencia morbosa de las tunicas externas. En el primer caso la inflamacion afecta la túnica peritoneal; en el segundo afecta tambien la muscular: en el tercero existe en la membrana mucosa. Así vemos que en la peritonitis el mal puede correr su curso sin interrumpir la accion muscular del canal: 2.º, que en la enteritis afecta la túnica peritoneal y muscular á un tiempo, y produce los síntomas de peritonitis con estreñimiento: 3.º, que en la inflamacion de la mucosa hai un concurso de síntomas mui diverso de los dos casos anteriores, y va á su fatal terminacion sin afectar las otras tunicas. Tambien puede pasar de un estado á otro, v. g., la peritonitis á la enteritis, y la diarrea ó disenteria pasar á complicarse con la afeccion de las otras tunicas.

En los casos de ileus hemos visto que puede llegar al grado de gangrena mas extenso sin exudacion inflamatoria. En los casos, pues, de enteritis marcada por todos sus síntomas, hallamos extensa adherencia inflamatoria y exudacion, ó sola ó combinada con la gangrena, pero esta última nunca sola. Como la enteritis y peritonitis se combinan y pasan una á la otra, se les puede tratar en una misma seccion.

SECCION 1.^a—SÍNTOMAS DE INFLAMACION INTESTINAL
BAJO LA FORMA DE PERITONITIS Y ENTERITIS.

1.º La simple peritonitis se distingue por el dolor en alguna parte del abdomen, variando mucho en su asiento, grado y caracteres generales. A veces se extiende á todo el abdomen, otras á un punto particular como á un lado, y frecuentemente á la parte inferior inmediata sobre el pubis. El se aumenta por la presion y frecuentemente es pequeño ó el enfermo se queja poco de él, excepto cuando se le comprime la parte. Otras veces hai dolor agudo que repite por paroxismos dejando en los intervalos solo una sensibilidad aguda, que á veces es en tal grado que el peso de la camisa, de las sábanas y cobertores incomodan. Por tanto, se ha de poner cuidado en no equivocar estos dolores agudos por paroxismo con los afectos espasmódicos ó flatulentos. Los dolores parecen excitarse por los flatos que distienden las partes inflamadas; así, los purgantes son seguidos frecuentemente de agravacion de los síntomas. El dolor se agrava por todo esfuerzo ó sacudimiento, v. g., la tos, el estornudo, una inspiracion fuerte ó cualquier esfuerzo muscular, de modo que el enfermo queda tendido sobre las espaldas temeroso de algun movimiento ó mutacion de posicion. A veces muda el dolor de sitio, de una parte del abdómen á otra. Los órganos vecinos se afectan; si es la vejiga, hai frecuentes ganas de orinar con dolor agudo á lo largo de la uretra. Si los riñones sufren, hai disminucion y á veces suspension de orina. Si la parte superior del canal, hai con frecuencia vómitos y á veces un eructo seco, continuado por un rato, acompañado de excitacion de dolor. Si se extiende al diafragma, hai violento hipo y respiracion pequeña. Por lo comun el pulso está poco afectado, especialmente en los primeros tiempos; cuando el mal progresa, con frecuencia se suele levantar y á veces á un grado considerable.

El carácter principal y peculiar para distinguir la enteritis del ileus y de la peritonitis, es que en esta no hai

estreñimiento ó el vientre es fácilmente movido por los purgantes, bien que las evacuaciones no producen alivio, sino al contrario, su accion está acompañada de dolor violento; y algunas veces, si el dolor y los demas síntomas se han aliviado con otros remedios, la accion del purgante los revive.

DIAGNÓSTICO DE LA PERITONITIS. Difiere de la enteritis en que los intestinos están corrientes ó se evacuan fácilmente, en que el pulso está poco afectado, en que el dolor ocurre frecuentemente en paroxismos, en la ausencia del vómito excepto en algunos casos en que la inflamacion parece se comunica á la parte superior del canal intestinal. Estos síntomas tienen lugar en el principio; mas adelante el dolor se hace mas fijo y permanente, el pulso mas frecuente, el vientre se pone timpánico, y en un cierto período hai tambien estreñimiento y el caso toma todos los caractéres de la enteritis. Con todo, á veces el caso puede terminar fatalmente sin alteracion del pulso hasta poco ántes de la muerte, y sin estreñimiento. Tambien existe un período en que hai una tendencia notable al estado timpánico del vientre, síntoma que debe vigilarse con mucha ansiedad, pero que no siempre es fatal de necesidad; porque, ó nace del progreso de la inflamacion que destruye la accion de las partes, ó solo nace de la falta de tono despues que la inflamacion ha sido sojuzgada: en el primer caso es un síntoma generalmente fatal, en el segundo muchas veces se obtiene la curacion.

La simple peritonitis puede ser fatal en tres dias, con frecuencia se prolonga mas, y en algunos casos despues que cesa la primera actividad, pasa á una forma crónica y es fatal despues de algunas semanas ó meses.

DISECCION CADAVERICA. Por lo general hai gran deposicion de materia floculenta y falsas membranas que producen extensas adherencias. Con frecuencia mucha efusion de un fluido trasparente ó lechoso, ó de un fluido con todos los caractéres del pus. La gangrena es rara y no ocurre como una lesion prominente. Cuando ocur-

re, es ligera y parcial, siempre acompañada de mucho depósito de falsas membranas lo cual muestra que la afección peritoneal ha atacado la túnica muscular produciendo la enteritis, y entonces se presenta el estreñimiento.

Cuando la peritonitis invade los riñones, produce una *ischúria renalis* que termina fatalmente por el coma, y la efusión en el cerebro. A veces la flegmasía se comunica al omento y aun al peritonéo de las paredes abdominales. Mas es dudoso que ocurra en el peritonéo de las paredes sin ser tambien afectado (quizá siempre de un modo primario) el que aforra las entrañas.

La peritonitis tambien puede ser mas oscura, insidiosa y parcial, no presentando síntomas urgentes; mas sí formando adherencias parciales que despues se combinan con otros desórdenes, el ileus, por ejemplo, ú otras lesiones que terminan el caso fatalmente.

Una circunstancia mui notable de la peritonitis y que exige mucho nuestra atencion, es que á veces la actividad de la enfermedad decae dejando al enfermo aparentemente en estado convaleciente, y con todas las funciones abdominales en una condicion sana, miéntras que queda oculta una enfermedad extensa que marchando sin que se le sospeche, toma un carácter fatal, bien de repente ó bien minando por grados la salud del enfermo. (Caso 35.)

2.º La enteritis difiere de la simple peritonitis, principalmente: 1.º en la presencia del vómito: 2.º en el estreñimiento obstinado: 3.º en que el pulso en general es frecuente de un modo mas permanente; y 4.º en que el dolor es mas violento y constante parecido á veces á los retortijones del ileus. Mas esto no es siempre así, pues la enteritis es á veces caracterizada principalmente por la fiebre, vómito urgente y estreñimiento de los intestinos, sensibilidad aumentada á la presión sin mucha expresion de dolor, lo que se ve especialmente en personas jóvenes. (Casos 40 y 41). El pulso en la enteritis es generalmente pequeño y rápido;

mas no siempre, pues á veces hai un pulso lleno y poco frecuente. (Caso 37.)

La enteritis es generalmente fatal con el estado timpanítico del abdomen y un hundimiento rápido.

La diseccion presenta mucho depósito de falsas membranas con adherencias y cumulo de fluido floculento ó puriforme, generalmente hai lividez ó algun grado de gangrena. La enteritis puede desde su principio presentarse con toda su forma ó como enfermedad primitiva, ó bien puede sobrevenir al ileus ó á la peritonitis; y aun á veces suele sobrevenir á una inflamacion que principio y ha continuado en la mucosa, como en los casos de diarrea ó disenteria.

CASOS DE SIMPLE PERITONITIS.—(Caso 30). Se presentó con los síntomas comunes, el vómito en pequeño grado, con el vientre libre ó evacuacion regular, y un dia ántes de la muerte el vientre se puso tenso y timpanítico. *Apariencia cadavérica*.—La de la peritonitis.

SECCION 2.^a—CASOS DE PERITONITIS Y DE ENTERITIS.

Caso 31.—Se presentó con todos los síntomas de peritonitis, mui poco vómito y al morir ofreció un pulso mui frecuente, vientre timpanítico y fisonomía hipocrática. La autopsia mostró las señales de la peritonitis, proveniente de una perforacion en el ileon cerca del ciego; allí habia una porcion inflamada en cuyo centro se notaba una manchita blanca del tamaño de un chelin, y en el medio habia un agujero del grueso de una pluma de escribir, con sus bordes redondos y poco espesos. Gases y heces estaban derramados en la cavidad. El resultado aquí es como en los derrames del estómago por perforacion ulcerada.

El autor refiere tambien un caso del Dr. Marshall Hall de peritonitis con fuerte ataque á la vejiga, dolor, disuria, vientre libre; ántes no habia habido estrechez ni síntoma de enfermedad de la uretra que con el catter se presentó franca. Así importa en estos casos cuidar mucho de ver y distinguir si el mal es originalmente de la vejiga y uretra, ó si es una peritonitis comuni-

cada á estos órganos. Los síntomas generales de la peritonitis, su grado, su sucesion, su extension sirven para formar el diagnóstico. *Autopsia.*—Las apariencias comunes de una fuerte peritonitis.

Caso 32.—Es tambien de peritonitis comunicada á la vejiga, acompañada de síntomas de peritonitis y de cistitis con gran disuria. Sanó con un régimen depletorio y antiflogístico.

Caso 33.—Trata de una peritonitis limitada casi al colon descendente y al recto. El dolor comenzó en la region umbilical y se extendió al vientre inferior y region de la vejiga, y terminó con vientre timpanítico y agotamiento de fuerzas.

El asiento de la enfermedad se halló ser la S del colon y el recto que estaban cubiertos de mucho depósito de falsas membranas, las cuales producian fuertes adherencias; la cavidad de la pelvis estaba del todo llena de pus espeso y de materias floculentas: la vejiga sana.

Caso 34.—Peritonitis de mui pequeña extension; la diseccion despues de la muerte mostró que el cerebro habia estado principalmente atacado; tambien los síntomas principales fueron el delirio y coma. La peritonitis afectó una pequeña asa de intestino y estaba complicada con ulceracion de la mucosa.

Caso 35.—Peritonitis terminada por una extensa supuracion despues que los síntomas de su primer ataque habian sido removidos. Despues de un ataque bien caracterizado de peritonitis la enferma recobró y pareció estar en un estado de convalecencia; mas á los pocos dias tuvo una hinchazon en la region parotidea que avanzó la supuracion, y no se quejaba de otro mal que del tumor parotideo; cuando un dia se levantó la enferma mui indispuesta con tos, y respiracion oprimida; en el mismo dia tomó un semblante hipocrático, la respiracion se hizo sonora y arrojaba con la tos un humor mui fétido; murió.

INSPECCION. Entre el diafragma y la superficie superior del hígado se habia formado una cavidad defini-

da, aforrada de un quiste de linfa coagulable, y contenia al ménos una libra de pus delgado mui fétido. El pulmon izquierdo adheria mucho al diafragma que estaba perforado con una pequeña abertura por donde la materia del absceso habia pasado á los canales bronquiales hasta el tronco de la traquea. El hígado en su sustancia sano, con marcas de inflamacion en su túnica peritoneal. Todos los intestinos aglutinados entre sí, con depósito de linfa coagulable. Entre estas adherencias habia pequeñas cavidades de varios tamaños con materia purulenta. En la parte posterior de la pelvis, detras del útero, se descubrió otro grande absceso enquistado con cerca de una libra de pus delgado; se formó de las adherencias entre el intestino, el útero y los ovarios, de modo que el tumor entero pudo ser separado de las otras partes sin cortar las paredes (*).

En este caso los intestinos continuaron ejerciendo sus funciones del modo mas sano por quince dias; hecho bien raro en la patología del canal intestinal y que solo se explica por ser el mal, aunque en sí grande, limitado á la túnica peritoneal.

Caso 36.—Una mujer de 40 años despues de varios ataques en períodos irregulares de peritonitis de los que salió bien, hasta que en uno tuvo un tumor duro en el lado izquierdo del abdomen que aumentó con mucho dolor é irritacion constitucional hasta abrirse y arrojar mucho pus fétido. En todo este tiempo el vientre estaba corriente. El tumor despues de varias aberturas y ulceraciones se fué curando, acompañado de mucha emagracion y fiebre hética. Al cabo de algunos dias, hubo recaidas vehementes, dolor abdominal y demas síntomas de peritonitis: vino la muerte (†).

INSPECCION. Extensas adherencias y exhalacion de linfa coagulable. Una porcion de los intestinos delgados estaba mui contraida por ataduras ó fuertes adhe-

(*). Esto prueba junto con otros muchísimos hechos la exhalacion extensa de pus sin que haya superficie ulcerada. (*Nota del traductor.*)

(†). Este caso se parece al de la Sra. C. Q. de Carácas que terminó por la muerte.—(*Nota del traductor.*)

rencias de linfa coagulable á la espina dorsal; arriba de la porcion contraida, el intestino estaba dilatado en un gran saco. La cicatriz que habia tenido ántes, correspondia al punto en que estaba el intestino contraido, lo que explica el estreñimiento como cólico y el dolor, &.^a que acompañaban los ataques.

CASOS DE PERITONITIS QUE PASAN A ENTERITIS.

Caso 37.—Síntomas de peritonitis con vientre natural y sin estreñimiento, mas con gran dolor y demas síntomas de la primera enfermedad. Al quinto dia del mal se presentó el vómito, se hizo el pulso mas frecuente, el abdomen duro, mui dolorido y timpanítico, estreñimiento tal que á pesar del régimen mas depletorio y de los evacuantes, no se consiguió laxar el vientre, ni destruir los demas síntomas; hipo y vómito.

INSPECCION. Todos los intestinos estaban aglutinados, el omento mui inflamado y adherente á estos, una pequeña porcion de los intestinos delgados y otra del colon descendente estaban agangrenadas, el apéndice vermiforme se halló gangrenoso; y por allí se habian escapado las heces á la cavidad del abdomen.

Caso 38.—Síntomas de peritonitis con determinacion á la vejiga produciendo alguna suspension de orina, algun vómito y con el vientre corriente. A pesar de un método mui activo y depletorio, el pulso se puso mui frecuente, habia mucho dolor en el bajo vientre que estaba elevado, estreñimiento y orina escasa y con mucho dolor. Continuaron el estreñimiento y suspension de orina, vientre timpanítico, mucho vómito, agotamiento y vino la muerte.

INSPECCION. Mucha efusion de linfa coagulable, muchas adherencias del ileon que le aglutinaban frecuentemente á la pelvis: vejiga inflamada y aplanada, omento inflamado, una libra de materia purulenta en la cavidad del peritonéo.

CASOS DE ENTERITIS.

Caso 39.—Dolor, sensibilidad en el vientre con vómi-

to, pulso á 126, estreñimiento tenaz á pesar de la sangría, lavativas de tabaco y aplicaciones frias. Desde el principio del mal, se habia quejado de dolor de oido que se hizo fuerte, y á los diez y seis dias murió de un absceso en el cerebelo. En los últimos diez dias del mal, cedió el estreñimiento y hubo vientre libre.

INSPECCION. El ciego y 18 pulgadas inmediatas del ileon tenian un color lívido mui oscuro, sin otra alteracion de estructura.

Caso 40.—Niño de tres años con vómito y mucha sed; vomitaba cuantos líquidos tomaba casi inmediatamente, con mucho fluido verdoso; pulso frecuente, semblante hundido y ansioso, no se quejaba de dolor. Se alivió despues que evacuó con algun purgante, volvió el vómito y mientras este existia, habia estreñimiento tenaz á pesar de los purgantes; muerte.

INSPECCION. Alguna vascularidad en el estómago; la parte superior de los intestinos delgados mui inflamada, en algunos parajes de un color negro y aspecto gangrenoso (enteritis), con adherencias y efusion de linfa coagulable (peritonitis).

El caso 41 de un niño de diez años es casi análogo en sintomas al antecedente, mas al vómito, al estreñimiento y fiebre, se unia el dolor del vientre. La inspeccion mostró mucha inflamacion de los intestinos delgados adherentes y dilatados. El ileon, recto y las paredes de la pelvis formando una masa de enfermedad con mucha linfa coagulable que los aglutinaba fuertemente. En la pelvis habia una cantidad considerable de un fluido puriforme.

CONCLUSIONES DE LOS HECHOS PRECEDENTES.

1.^a Puede existir una inflamacion extensa y mui peligrosa del canal intestinal sin obstruccion de los intestinos, y puede terminar fatalmente miéntras que los intestinos se mantienen arreglados ó se evacuan fácilmente por los purgantes.

2.^a No se puede fundar el diagnóstico en tales casos en la apariencia de las evacuaciones. Pueden ser

pequeñas y mucosas, copiosas y aguadas, oscuras ó enteramente naturales.

3.^a Una inflamacion extensa y fatal puede marchar teniendo el pulso toda especie de variedad; v. g. puede ser frecuente y pequeño, ó frecuente y lleno, ó apenas mas frecuente que lo natural en todo el curso de la enfermedad.

4.^a Una inflamacion considerable puede continuar sin vómitos, ni dolor constante; el dolor ocurre á veces en paroxismos y deja intervalos de gran alivio.

5.^a A vista de estas razones que manifiestan la poca certeza de las señales discriminativas, nuestro juicio para formar el diagnóstico en esta importante clase de enfermedades, debe fundarse en la sensibilidad ó estado dolorido del abdomen.

Debemos tener mucho cuidado con este síntoma cualquiera que sea el estado de los intestinos (esto es, haya evacuacion ó estreñimiento) con el del pulso y el del dolor espontáneo. Aun cuando la sensibilidad sea limitada á un punto no mas, se debe estar alerta y temiendo un serio resultado y una marcha insidiosa que puede parar en una fatal terminacion.

Puede haber un dolor abdominal á la presion nacido solo de inflacion de los intestinos; mas este dolor es mui diverso de la sensibilidad aguda de la peritonitis. Si el dolor existe sin inflamacion, como sucede por lo comun en los primeros períodos de la peritonitis, no hai dificultad en el diagnóstico.

SECCION 3.^a—TRATAMIENTO DE LA INFLAMACION INTESTINAL.

Es preciso tener presente que esta no es mas que una inflamacion y que existe con cualquier estado ó condicion de las funciones de los intestinos. Puede haber estreñimiento, puede moverse el vientre con facilidad, puede ceder el estreñimiento y conseguirse una buena evacuacion sin mejoría alguna del enfermo. En muchos casos se ha obtenido beneficio evidente de la

aplicacion del frio, v. g., paños empapados en agua y vinagre al vientre.

La sangría debe emplearse temprano y debe llevarse á un grado capaz de afectar bien el sistema de modo que se indique por la debilidad del pulso, la palidez y algun grado de vahido. La práctica mas útil en los casos inflamatorios urgentes y á la que es mui adicto Abercrombie, es hacer la primera sangría regularmente copiosa, haciendo despues pequeñas sangrías en cortos intervalos, cuando ya principia á desaparecer el efecto de la primera. De esta práctica nacen dos ventajas: 1.^a, la de parar temprano los progresos del mal: y 2.^a, la de que el enfermo pierda por junto mucho ménos cantidad de sangre que la que seria preciso sacar, si se dejase tomar cuerpo otra vez á los síntomas. Si dejamos diez ó doce horas al enfermo despues de extraer la primera sangre, perderemos el efecto de esta y será despues preciso una sangría de 20 onzas, miéntras que del otro modo bastaria una de 5. Importa mucho no abandonar á un enfermo dos ó tres horas durante el incremento del mal y en la época de todos los peligros, porque el tiempo perdido entónces no vuelve.

1.^o EVACUANTES.—Como segun hemos dicho el estado de la evacuacion influye poco porque estando el vientre estreñado ó corriente, la enfermenad corre sus períodos á una terminacion fatal, y por el contrario vemos que despues de haber logrado algun alivio, la accion de un purgante ha renovado los síntomas como en los casos de pura enteritis: el efecto de los purgantes es en general enteramente inútil, y estos suelen ser vomitados al momento que se toman á pesar de las opiniones de los médicos. El Dr. Abercrombie cree que el uso de los purgantes no hace parte del método curativo en los primeros períodos de la enteritis; por el contrario que son probablemente mas nocivos que útiles ántes de haberse corregido ó calmado la inflamacion. Conseguido esto, los purgantes mas suaves ó las lavativas son mas útiles que los purgantes mas activos, y mueven el vientre con mas facilidad que estos. Es

verdad que conviene tener los intestinos sin distension, mas esto se obtiene por lavativas suaves y de tabaco, con las precauciones ántes dichas. La lavativa de tabaco bajo estas reglas, es adaptada á casi todos los estados de la enteritis; porque al paso que mueve los intestinos, es calculada para calmar la accion vascular y contribuir á hacer ceder la inflamacion.

Importa mucho tener presente algunas circunstancias que ocurren en el método curativo de la enteritis, y que pueden embarazar al práctico jóven.

1.^a Puede continuar el pulso mui frecuente despues de parecer estar calmada la inflamacion. En este caso, la digital dada libremente produce grandes beneficios.

2.^a La cesacion del dolor, postracion de fuerzas, gran debilidad de pulso y frialdad de la cútis, frecuentemente se consideran como indicantes de la gangrena, y por consiguiente de un estado ya desesperado del mal. Tratando del ileus hemos visto casos que prueban que esto no es siempre así, porque estos síntomas unidos con una inflamacion lijera y reciente han terminado bien (*).

CASOS DE ESTA ULTIMA ESPECIE, NO DE MUJERES SOLAMENTE, Y NO DE ILEUS SINO DE ENTERITIS.

Caso 42.—Un hombre de 40 años con los síntomas comunes de enteritis, tratado mui bien. Al quinto dia cesó el dolor, el pulso estaba á 140, mui débil é irregular, la cara pálida, la fisonomía hundida, el cuerpo cubierto de sudor frio; habia habido evacuacion, Abercrombie le recetó vino, primero en grandes cantidades hasta poco mas ó ménos dos botellas ó tres en las 24 horas. El dia siguiente su apariencia mejoró, el pulso estaba á 120 y regular; continuó el vino en dosis disminuidas. El tercer dia, pulso á 112 con fuerza regular; á pocos dias restablecimiento de la salud.

Caso 43.—Mujer de 35 años á los siete dias del parto; presentó síntomas de peritonitis con mucha sensibilidad de vientre y vomito urgente, respiracion corta

(*) ¿No es este el caso de las mujeres hísticas que padecen los cólicos menstruales llamados *dolor de higar*?—(Nota del traductor.)

y oprimida, pulso vivo á 140. Dolor abdominal agravado por la respiracion y cualquier movimiento del cuerpo. La sangría, el vejigatorio y los purgantes suaves, obraron bien. Alivio de todos los síntomas, el pulso ménos frecuente en la noche. Al dia siguiente el pulso se elevó á 150, respiracion frecuente, pequeña y oprimida, algun vómito, semblante ansioso, vientre blando sin dolor ni sensibilidad de abdómen, loquios naturales. Se le prescribió un vasito de vino cada hora, lavativas de agua de carne con quina en polvo y láudano repetidas cada vez que eran evacuadas, esto es, cada dos horas. Con este método los síntomas se mejoraron gradualmente. Al dia siguiente el pulso á 125 y 130, el tercer dia de 112 á 120; continuó tomando una botella de vino cada 24 horas por algunos dias. Por algun tiempo sufrió mucho del estado aftoso de la boca y garganta, con una incomodidad urente en el estómago y dolor en los intestinos. Estos síntomas se aliviaron con el cocimiento de palo de campeche.

3.^a CIRCUNSTANCIA.—Dureza y tension del abdómen con algun grado de elevacion ocurriendo en un período avanzado del mal. Este es un síntoma mui formidable y digno de apreciar, pues indica que la enfermedad está pasando á un estado crónico, con extensas adherencias y efusion. Mas no siempre tiene esta consecuencia necesariamente, como se prueba en el caso siguiente.

Caso 44.—Un jóven de 17 años con enteritis, de que fué curado en 7 dias. A los 9 el pulso empezó á hacerse mas frecuente, el abdómen se dilataba y se ponía duro, tenso y sensible al tacto, el vientre se mantenía corriente, el pulso á 120; sin embargo este caso curó con los aires del campo.

4.^a CIRCUNSTANCIA.—El estado timpanítico del abdómen ocurre en conexion con diversas formas de la enfermedad, y en todas las formas de inflamacion intestinal como un síntoma de que es preciso tener mucho cuidado supervigilándolo con el mayor celo. El caso mas fatal de esta especie es la timpanitis abdominal na-

cida de la perforacion del intestino y el derrame de los gases y demas contenidos en la cavidad del peritoneo.

En los primeros grados de la enteritis, ocurre un estado timpanítico nacido del desorden temporal de la accion muscular, y cedé á proporcion que la inflamacion va calmando. En el estado mas adelantado del mal es siempre un síntoma mui alarmante : si ocurre en este período ántes de haber cedido la inflamacion, generalmente es un síntoma fatal que depende de la pérdida completa del tono de los intestinos y está en conexion con muchas adherencias. Mas si ocurre despues de haber cedido la inflamacion, depende solo de la pérdida de tono de las partes y puede curarse el caso, aunque la apariencia del enfermo sea por algun tiempo la mas alarmante. En este estado es mui difícil saber con certeza de cuál de estas dos condiciones depende ; entónces la regla segura es obrar segun la condicion mas favorable, esto es, como si fuese la condicion segunda del caso de curacion probable, y tratarlo con pequeñas dosis de vino ó brandi á pequeños intervalos, por pequeñas compresiones y frotaciones del abdómen, lavativas de té, de carne con quina y sulfato de quinina, de trementina ó tintura de asafétida y algunas gotas de láudano, repetidas (las lavativas) cada tres horas. Manténgase el vientre libre con vino aloético, ó aloes administrados con la mayor precaucion.

Esta afeccion es de gran interes y necesita de un constante recuerdo, porque el enfermo, con la apariencia de un moribundo, puede recobrase prontamente á favor de una esmerada asistencia.

Caso 45.—Mujer de 36 años ; poco despues de un parto tuvo síntomas de peritonitis que fué bien tratada del modo mas regular. La actividad de la inflamacion se sojuzgó con dos sangrías ; se evacuó el vientre con un laxante que obró libremente ó irritando un poco. A esto siguió un estado de decadencia, semblante hundido y extraviado, cútis con sudor frio, pulso débil y rápido, abdómen todo timpanítico y dilatado del tamaño de un vientre de nueve meses. Se le administró vino á

cortos intervalos, lavativas de agua de carne con asafétida y sulfato de quinina; mejora rápida y restablecimiento de la salud.

Caso 46.—Un niño de 6 años con dolor en el vientre mui aumentado por la presion é inspiracion, respiracion ansiosa, corta, pulso mui frecuente. Sangría del brazo y laxante que le alivió mucho. Estuvo bien por dos dias. Al tercero estaba oprimido é inquieto, con semblante ansioso, pulso sobre 140, vientre dilatado, timpanítico y dolorido al tacto. Inyecciones con quina y asafétida y fricciones al vientre. Convaleció y en el campo se restableció.

En este caso no habia mas que un desórden del poder muscular, y sin embargo tomó el carácter de una enfermedad mesentérica. Esta afeccion es frecuente particularmente en los niños en que toma el carácter aparente de una enfermedad mui seria. Tratada con los aires de campo, ejercicio, baño tibio, fricciones del abdómen, amargos vegetales, por ejemplo, polvos de colombo con un poquito de ruibarbo ó aloes, ó pequeñas dosis de sulfato de hierro con ruibarbo.

Caso 47.—En una mujer de 35 años: despues de una diarrea que duró algun tiempo, se le dilató el vientre, vino hundimiento de fuerzas, semblante cadavérico, sudor sincóptico, abdómen mui dilatado y timpanítico, pulso á 160 y mui débil. El brandi dado cada hora y las lavativas de agua de carne con quinina, bastaron para el restablecimiento de la salud.

SECCION 4.^a—PERITONITIS ERISIPELATOSA.

Esta peritonitis difiere notablemente de la forma genuina de la peritonitis aguda de que hemos tratado anteriormente; es una inflamacion que se refiere á la erisipela. Bajo de un punto de vista patológico, el principal carácter de este afecto es que termina especialmente por una efusion de un fluido por lo comun sin mezcla de flóculos de linfa coagulable, y muchas veces sin ninguna exudacion inflamatoria ó adhesiva que es un carácter tan prominente en la otra peritonitis. El fluido

derramado es en algunos casos un suero sanguinolento ó sánie; ó este mismo mezclado con una parte de pus que se separa y se precipita al fondo del vaso en que se le ha dejado aposar; otras veces es lechoso ó color de suero de leche, ó contiene hilos de una sustancia floculenta, y á veces tiene todos los caracteres de pus. Esta efusion es en algunos casos combinada con un grado de deposicion pseudo-membranosa, mas en general es mui poca y muchas ocasiones falta totalmente.

La apariencia del intestino varía considerablemente en algunos casos. Su superficie está en una extension considerable de un color uniforme rojo oscuro; otras veces tiene un pequeño aumento de vascularidad, y muchas ocasiones no se puede notar diferencia alguna del estado natural. En otros casos la membrana del peritonéo intestinal tiene una apariencia ligeramente espesada ó reblandecida, como si hubiera sido hervida, y en algunos ejemplos de esta forma de la enfermedad, parece que el omento ha sido el asiento principal de la lesion.

— Los síntomas de este mal son á veces ligeros é insidiosos, otras ocasiones mui severos, y se distinguen particularmente por la rapidez con que corren su curso, y por el abatimiento notable de los poderes vitales que se presenta al principio y que en algunos casos impide el uso de un método activo. Tambien es una circunstancia mui notable de este mal su conexion con la erisipela ó con otras enfermedades de un carácter erisipelatoso, como se verá en los casos siguientes:

Caso 48.—En una mujer de 50 años, despues de la erisipela de una pierna y pié, que desapareció repentinamente á las pocas horas, se presentó dolor agudo en la region del estómago, que se extendió á todo el bajo vientre, mucha ansiedad é inquietud, pulso á 100, vientre libre. La sangría y el vejigatorio no produjeron ningun alivio, continuó el dolor, se hundieron las fuerzas y murió en 24 horas del ataque. **INSPECCION.** Color rojo oscuro en la parte inferior de los intestinos delga-

dos, y aplomado en la parte superior, y todos ellos muy dilatados sin ninguna exudacion.

Caso 49.—En una mujer de 30 años con inflamacion erisipelatosa en la garganta, y fiebre considerable. En consecuencia de un purgante sobrevino dolor durante su efecto, y á la tarde se hizo vehemente en el abdómen con vómitos, pulso muy frecuente y pequeño, cutis frio, semblante deprimido, algun vómito, ninguna evacuacion. Las sangrías, los vejigatorios, los opiados, las lavativas de tabaco y otros remedios no surtieron efecto; muerte á las 48 horas del ataque. **INSPECCION.** Como las apariencias anteriores, y ademas mucha efusion puriforme, alguna inflamacion del omento y adhesion á la flexura sigmoidea del colon.

En el hospital de los comerciantes de Edimburgo hubo una epidemia en Marzo de 1824. Su carácter principal era una afeccion ligera erisipelatosa de la garganta, que generalmente empezaba con vómito y seguia con una calenturita y muchas veces con hinchazon de las glándulas del cuello. Se extendió muy rápidamente, de modo que habia de 15 á 20 niñas á un tiempo en cama; mas era una afeccion lijera que cedia en tres ó cuatro dias con un método simple. La epidemia habia marchado de este modo, cuando el dia 13 una niña de 10 años fué afectada como las otras; el 14 estaba mejor, el 15 se quejó de un dolor de cabeza, y á las 2 de la tarde se levantó con delirio, y fué atacada de vómito y diarrea de un material líquido verdoso y de dolor en el higar derecho. Despues de muchos vómitos, cayó en una depresion casi hasta la insensibilidad, siguió así; á las 3 ó 4 horas de la tarde el pulso apenas era perceptible, el cuerpo estaba frio y la cara hipocrática. Se le ordenaron los estimulantes, siguió agravándose, y murió á las 11 de la misma noche. **INSPECCION.** Marcas de inflamacion peritoneal con deposicion de flóculos de linfa en varias partes de los intestinos, y mucho fluido lechoso puriforme en la cavidad del peritonéo.

Despues de este caso la epidemia siguió suave con fiebre, vómito é hinchazon de las glándulas del cuello.

En todos habia mas ó ménos afectos de la garganta, que examinada, presentaba una superficie como desollada, mui roja, con poca ó ninguna hinchazon ; en algunos habia costras aftosas, en otros una hinchazon considerable de la mucosa, y en muchos úlceras mui irritadas en los labios y fungosidad en las encías. Mas por lo general era una afeccion lijera que requería un método simple y algunos laxantes, excepto una niña de 12 años que ya en su estado de convalecencia empezó á quejarse de mucho dolor en el vientre con frecuentes ganas de ir al vaso. A beneficio de algunos opiados, esta paciente evacuó y siguió sin mayor novedad hasta el 6.º dia que se quejó de mucho dolor y sensibilidad en el abdómen, pulso frecuente ; se prescribieron sangrías copiosas del brazo ; el pulso estaba á 20, el abdómen tenso y dolorido ; se aplicaron sanguijuelas, vejigatorios, lavativas ; al 7.º dia poco alivio, repeticion de sangrías locales, mucha mejoría. A la tarde empezó á hundirse sin mucho cambio en los síntomas y murió á la noche. **INSPECCION.** Las mismas señales de inflamacion que en el caso anterior, mucho depósito de fluido puriforme en la cavidad del peritonéo. La superficie superior del hígado estaba cubierta de una deposicion delgada de falsa membrana.

Esta epidemia ha sido mui análoga á la *Diphtheritis* ya descrita, aunque en sus progresos y terminaciones varió mucho de la epidemia de 1826, en que la enfermedad como ántes queda dicho se extendió muchas veces á la laringe y en muchos casos terminó por la muerte.

En la misma epidemia de 1824 hubo algunos casos en que la inflamacion erisipelatosa de la garganta aparecia en personas de toda edad con costras aftosas mas ó ménos extensas ; en algunos de ellos, en el trascurso de pocos dias de esta apariencia, se presentaba una grande incomodidad en toda la membrana de la nariz, acompañada de una secrecion morbosa de moco y mucha sensibilidad de la membrana ; la inflamacion se extendió gradualmente afuera hasta que se esparció en

los tegumentos de la nariz y en la cara como una erisipela comun. Tenemos pues tres formas de este mal; la de la afeccion de la garganta con extensas placas aftosas, la de la membrana de la nariz con evacuaciones copiosas de moco y la de la verdadera erisipela de la cara.

El caso 50 es de un hombre de 50 años, de una constitucion débil y deteriorada; sufrió un absceso en el recto que pasó á fístulas. Despues de algunos dias de esto tuvo calofrios, calor, pulso frecuente, alguna diarrea y vómitos, dolor en el vientre, hipo, semblante ansioso y deprimido, y murió. En la inspeccion se hallaron señales de una extensa peritonitis sin apariencia de exudacion; mucha cantidad de pus mui fétido en la cavidad del peritonéo, sin haberse podido descubrir con las diligencias mas exquisitas absceso alguno de donde pudiera salir tal pus.

Esta es pues una erisipela verdadera dirijida á los intestinos lo mismo que á la garganta, produciendo una enfermedad del todo diferente de la inflamacion comun aguda de las mismas partes.

Parece que la peritonitis puerperal es una enfermedad de esta especie. Es probable que hai dos peritonitis puerperales. La una es la comun aguda con los síntomas ordinarios; cede en el mayor número de casos al método curativo comun y presenta despues de la muerte las apariencias ordinarias morbosas del peritonéo, esto es, una deposicion pseudo-membranosa con adherencias. La otra es mui insidiosa y viene acompañada desde mui temprano de grande postracion de fuerzas y fiebre de un carácter tifoideo, corre con rapidez y no cede al método comun, y muestra en la diseccion una extensa efusion de fluido sanioso, lechoso ó puriforme, con mucho ménos adherencia que en el otro caso, ó con ninguna, y sin mutacion en la estructura de las partes. Abercrombie creé que esta es una enfermedad contagiosa, esto es, que puede pasar de una mujer en el estado puerperal á otra en este mismo estado. A veces aparece epidémica en algunas circunstancias, siendo mui

frecuente y mui fatal, notándose que entonces prevalece la erisipela, ó las enfermedades erisipelatosas.

De esta especie son algunos casos que han terminado felizmente por resolucion acompañada de efusion sin dejar daño alguno en la organizacion de las partes, y en que la materia purulenta se ha abierto paso al través de las paredes abdominales, ó ha sido evacuada por la operacion; y el enfermo se ha recobrado. No hai duda que un grado lijero de peritonitis en que hubiese efusion y resolucion por efecto de esta, puede curarse radicalmente con la absorcion del líquido derramado.

SECCION 5.^a—PERITONITIS CRÓNICA.

Esta afeccion es mas comun que lo que generalmente se cree; es enfermedad mui peligrosa y tiene muchas veces síntomas extremadamente oscuros, y para lograr alguna probabilidad de buen éxito, debe ponerse mucho cuidado en las señales del mal. *Síntomas.* 1.^o Dolor en alguna parte del abdomen permanente ó por parosismos, limitado á una parte ó mas extendido á todo el abdomen; se aumenta por la presion y frecuentemente se agrava mucho en la posicion erecta ó con el movimiento. En algunos casos el enfermo no se queja de dolor actual sino de sensibilidad morbosa, que le hace huir ó encojerse cuando le tocan el vientre. 2.^o A veces vómitos que suelen ser urgentes en el estado adelantado del mal. 3.^o Mas ó ménos distension del vientre, las mas veces hasta un cierto grado timpanítica; en ocasiones se nota una dureza profunda en algunas partes del vientre con algun dolor al tacto. 4.^o En una modificacion mui importante de la enfermedad no hai dolor bien caracterizado, sino una sensacion de distension con apetito variable, vientre desarreglado en la evacuacion y enflaquecimiento progresivo. A la verdad los síntomas son á veces tan insignificantes, excepto el enflaquecimiento, que es el único alarmante, y suele haber sensibilidad en el vientre ó verdadero dolor de cuando en cuando; pero suele faltar este y aun la sensacion dolorosa al tacto. 5.^o Mas ó ménos estreñimien-

to, pero hai siempre facilidad de evacuar el vientre, aconteciendo á veces que no evacua el purgante si es mui suave, ó irrita mucho si mas fuerte. En unos hai diarrea, en otros estreñimiento; ya se presentan cámaras de un color pálido y de bastante fetidez, ya oscuras ó ya naturales.

Esta peritonitis viene unas veces espontáneamente, otras sobreviene á ataques de otros afectos agudos de los intestinos ó á enfermedades febriles, v. g. sarampion, escarlatina ó á lesion externa.

Mas frecuentemente ataca á los jóvenes de 10 á 15 años: es ménos comun en la infancia y adolescencia, aunque en esta edad suele ocurrir combinada con enfermedad de los ganglios mesentéricos. En personas de mas edad se complica muchas veces con enfermedad del pulmon.

El curso de la enfermedad viene siempre marcado con un enflaquecimiento progresivo, pulso pequeño y frecuente y síntomas héticos; á veces con diarrea. Otras se forma materia que se abre paso al exterior ó por las paredes del vientre ó por el anillo abdominal. (*)

La inspeccion anatómica presenta los intestinos mas ó ménos aglutinados entre sí, ó con las paredes abdominales ó con el omento. A veces ulceracion de la mucosa, otras ocasiones el peritonéo espesado y lleno de pequeños tubérculos, en otros casos hai un espesor general de todas las tunicas de los intestinos en algunos puntos. En medio de las porciones adherentes de los intestinos se hallan cavidades con materia purulenta de naturaleza escrofulosa; ó enfermedad de los ganglios mesentéricos, del hígado ó del pulmon.

METODO CURATIVO.—Es preciso tomar el mal mui al principio, pues por poco que se deje progresar, es irremediable; así las sangrías generales cuando toma el carácter agudo, las locales por lo regular en su forma lenta y crónica, vejigatorios, quietud, régimen antiflo-

(*) Yo he visto un caso en Carácas de esta especie, y terminó por la muerte.—*Nota del traductor.*

gístico y la dieta mas suave posible, son lo suficiente para curar esta enfermedad.

1.º CASOS QUE PERTENECEN A LA FORMA MAS DISTINTA DEL MAL.

Caso 51.—Dolor en todo el abdómen, alguna diarrea, pulso á 90. Dos dias despues dolor fuerte y adolecimiento de todo el abdómen, gran distension timpanítica, vómito repetido y tal hundimiento que parecia que el paciente iba á morir pronto; pulso á 120. Se le administraron inyecciones de caldo mui delgado de carne, quina y láudano. Hubo mejoría gradual. Al cabo de algunos dias estreñimiento, mas con facilidad se le evacuaba y la cámara era siempre delgada y mui copiosa; alguna distension timpanítica; dolor en el lado izquierdo cerca de la cresta iliaca, en donde se tocaba profundamente una dureza sensible á la compresion. Se empleó el método ordinario depletorio, hubo mejoría. Mas al cabo de pocos dias el enfermo se empeoró, el pulso se hizo frecuente, se presentaron síntomas hélicos, pérdida de apetito, tos, debilidad y enflaquecimiento progresivos; consuncion y muerte.—INSPECCION. Como las apariencias de peritonitis ya indicadas.

Caso 52.—Un niño de 10 años; con abdómen dolorido, tenso y timpanítico, vientre libre, pulso cerca de 100, expuesto á hinchazon de las glándulas: despues de algun tiempo, enflaquecimiento progresivo y fiebre hética, de cuando en cuando diarrea y vómito. Terminó por la muerte.—INSPECCION. Se halló adherencias de todas las vísceras abdominales.

Caso 53.—Lo mismo.

2.º PERITONITIS CRÓNICA EN SU FORMA MAS OSCURA.

Caso 54.—Una jóven de 11 años se iba enflaqueciendo en el trascurso de algunas semanas sin quejarse de otro síntoma. Se mostraba mui debilitada y con una apariencia hética, pulso á 120, abdómen elevado y algo timpanítico, poco apetito, no se quejaba de dolor en el vientre, solo sí de tenerlo repleto. No habia menstruado. *Método.* Laxantes suaves con tónicos y

baños tibios; estaba inquieta y acalorada en la noche, lánguida en el día, con mal apetito, pulso frecuente, mas sin quejarse de ninguna incomodidad. Despues se mejoró mucho, aunque quedó con el vientre bastante timpanítico, pero libre sin ninguna incomodidad fija; mucho enflaquecimiento y debilidad. Algun tiempo despues tuvo vómito y diarrea de tiempo en tiempo hasta que el vómito se hizo tan frecuente que no podia retener nada de lo que tomaba, y murió.—INSPECCION. Todos los contenidos del abdómen presentaban una masa sólida de adherencias, tanto entre sí como á las paredes del abdómen, y en varias partes habia cavidades con materia purulenta escrofulosa. Las glándulas mesentéricas se encontraron mui enfermas.

Caso 55.—Una mujer de 24 años, despues de haber sufrido tos y palpitacion, se quejó de dolor en el vientre, que le incomodaba para caminar y á veces era un dolor obtuso, de síntomas dispépticos, vómitos de cuando en cuando, evacuacion ventral desordenada y afectos histéricos. Al cabo de algunos meses cuando se creia buena, dolor agudo y sensibilidad de todo el vientre, vómito, estreñimiento y pulso frecuente. Se alivió por sangrías tópicas y laxantes, y solo quedó flaca, débil y con pulso frecuente; la cámara era fácil y de mui mal olor, el enflaquecimiento mucho. El vientre se notaba regular, excepto en la parte inferior en que habia una dureza irregular como nodulosa con alguna sensibilidad: por último mucha debilidad, pulso pequeño y frecuente, el bajo vientre hinchado y sensible al tacto; al dia siguiente aumentó el agotamiento y murió. INSPECCION.—A la primera incision salió una enorme cantidad de materia purulenta mui fétida; la parte inferior de los intestinos delgados, el útero y la vejiga urinaria estaban firmemente aglutinadas entre sí, y con las paredes del abdómen, con cavidades entre las porciones de linfa coagulable llenas de pus. La parte superior de los intestinos delgados tambien estaba mui inflamada y llena de linfa, mas sin materia floclulenta purulenta; habia deposicion de linfa coagulable en la

superficie superior del hígado y en la inferior del diafragma en el lado derecho.

Caso 56.—Un niño de 5 años que despues de haber tenido el vientre solamente algo elevado, tuvo estreñimiento, algun vómito y mucha dilatacion del vientre y murió.—INSPECCION. Muchas adherencias de los intestinos (*).

3.º *Caso 57.* Trata de peritonitis crónica seguida al sarampion, terminado fatalmente ; y presentó las apariencias de los otros casos.

4.º *Caso 58.* Peritonitis crónica sobrevenida á compresiones exteriores y golpes. Sus síntomas fueron los mas comunes del caso, y las apariencias las mismas que en los otros ejemplos.

5.º PERITONITIS CRÓNICA COMPLICADA CON ENFERMEDAD DEL OMENTO.

Caso 59.—Era un hombre de 54 años, de constitucion pletórica : en Diciembre de 1823 se quejó de náuseas é inapetencia, con lengua blanca, pulso algo frecuente, vientre irregular, noches inquietas y sensaciones generales mui desagradables, mas sin incomodidad alguna definida excepto algunos dolores vagos ú oscuros que se extendian á ámbos lados del abdomen, á veces á la espalda, á veces á los lados del torax. Despues de tres semanas presentaba un semblante ansioso, sin haberse enflaquecido mucho, lengua blanca, pulso á 96, poco apetito, mucha sed. Se quejaba de una incomodidad que no podia explicar, al través de la region epigástrica y cerca de los lados del abdomen, la cual se aumentaba con la posicion horizontal, de modo que no podia conservar esta posicion ; el vientre estaba algo hinchado y se advertia una oscura sensacion de fluctuacion. Inmediatamente debajo de la region epigástrica habia una dureza situada profundamente, atravesada, de cinco ó seis pulgadas, y habia otra pequeña dureza en la region media entre el om-

(*). Todos estos casos de peritonitis crónica ; no son otros tantos ejemplos de la enfermedad llamada por los franceses *Carrean* ?—*Nota del traductor.*

bligo y el pubis. La presión daba poca incomodidad. Los intestinos se movían con facilidad y la cámara era corta y natural. Varios remedios se emplearon con muy poca utilidad. Principió á tener vómitos de cuando en cuando, sueño interrumpido, se mantenía puesta la mano en el epigastrio. El vómito era frecuente aunque el vientre estaba regular, vinieron arqueadas de un moco bruno ó negro, hundimiento rápido y muerte.

INSPECCION.—El tumor del epigastrio era el omento replegado en una masa oblonga de cerca de dos pulgadas de grueso, de un color interior pálido y de consistencia tuberculosa. Los intestinos se veían muy oscuros y adheridos entre sí y á las paredes abdominales. La adhesión de una asa del ileon á las paredes abdominales formaba el segundo tumor entre el ombligo y el pubis. Todo el peritonéo de las paredes abdominales estaba muy enfermo, muy espesado y en algunos puntos casi cartilaginoso; su superficie interior presentaba una apariencia variegada de porciones rojas oscuras mezcladas con otras casi negras, y algunos puntos parecidos á úlceras superficiales; en la cavidad abdominal había mucho fluido seroso claro.

6.º PERITONITIS CRÓNICA CON EXTENSA SUPURACION QUE SE ABRÍO CAMINO POR EL ANILLO EXTERNO ABDOMINAL.

Caso 60.—Un hombre de 21 años tuvo un fuerte dolor en el abdómen que estaba duro y tenso, con vómito de cuando en cuando, mucho enflaquecimiento, vientre irregular: había estado enfermo de esta manera cuatro ó cinco meses. Poco después tuvo una hinchazón en el anillo externo abdominal izquierdo y se extendió rápidamente al escroto. Este fué abierto al cabo de algunos días, y descargó una cantidad tal de pus muy fétido que manifestaba estar el tumor en comunicación con el abdómen, y que la presión de este le hizo fluir con mucha facilidad. Una semana después apareció un tumor con fluctuación en el lado dicho del abdómen, que fué abierto y descargó mucha materia purulenta; fué aumentando la extenuación y murió. *Disecion.* El

omento mui espesado, grueso, ulcerado y lleno de tubérculos mui adheridos á los intestinos y á las paredes abdominales. Los intestinos mui adheridos entre sí. El peritonéo mui espesado. En el lado derecho una enorme coleccion de pus que se extendia hasta el hígado; habia causado una erosion del peritonéo, de una pulgada de diámetro, por donde saliendo el pus, se habia diseminado entre los músculos y bajo los tegumentos produciendo el tumor del lado derecho (*).

PARTE II.

AFECTOS INFLAMATORIOS DE LA MEMBRANA MUCOSA DEL CANAL INTESTINAL.

En el diagnóstico de estas enfermedades, cuando están en su primer estado, se necesita de mucha atencion, ya porque en este estado es que pueden ser tratadas con mas esperanza de curacion, ya porque sin mucha atencion pueden confundirse con enfermedades de carácter mucho ménos peligroso. Esto nace de que síntomas mui semejantes á los que proceden de una enfermedad extensa de la mucosa, pueden ser producidos por varias irritaciones aplicadas á esta membrana, aunque por otra parte se halle en un estado saludable, de modo que deben considerarse dos clases de desórdenes mui diversos en su naturaleza y que envuelven un grado de peligro mui diferente. Así tenemos diarreas ó cólera morbus nacidas de la presencia de materias acres, ó de enfermedades de la mucosa; aquellas de pequeño riesgo, estas de mucho. De la primera especie son la diarrea y la cólera morbus de Inglaterra; de la segunda las varias formas de disenteria y cólera morbus de la India, una de las mas terribles enfermedades á que el hombre está sujeto.

(*) ¿ No es de esta misma especie la enorme difusion de pus entre los músculos del torax, y bajo los tegumentos que he observado en un soldado muerto en el hospital de Carácas el año de 1829 á consecuencia de un afecto de pecho de naturaleza erisipelatosa, el que fué conseqüente á la erisipela exterior del cuerpo?

Partiendo de muchísimas observaciones, podemos considerar como averiguado, que muchas de las apariencias de las membranas mucosas que se han tomado como marcas de enfermedad, son meros cambios de color ó alteraciones accidentales, esto es, congestiones vasculares que se verifican poco ántes de la muerte y aun despues de esta. Así se ven en los cuerpos de los muertos de otras enfermedades sin síntomas referibles á los intestinos, ó de muertos violentamente, v. g. ejecutados ó ahogados sin previa sospecha de este mal. De esta especie de apariencia son la inyeccion ó vascularidad aumentada de ciertas partes de la membrana mucosa ó una rubicundez uniforme de porciones de ella mas ó ménos extensas; manchones de varios tamaños y colores, v. g. rojo, lívido, azul, verde, bruno y negro sin ningun cambio de textura de las partes, y equimosis ó lijera extravasacion de sangre en el tegido celular conexionado con esta membrana. Estas y otras apariencias semejantes no relacionadas con alguna alteracion de estructura y que no indican ninguno de los actuales resultados de la inflamacion, no son dignos de confianza alguna en una investigacion patológica.

Las principales alteraciones de la mucosa intestinal que debemos, segun los hechos patológicos, considerar como morbosas, son las siguientes: 1.^a Porciones mas ó ménos extensas de la membrana mucosa, de un color uniforme mui rojo, con lijeros flóculos de linfa coagulable, ó con un forro mas continuo de una falsa membrana adherida á su superficie en varios lugares. Esta apariencia pocas veces se observa en Inglaterra; parece que marca la forma intensa de la enfermedad, segun ocurre en los casos mas rápidos de cólera morbus de la India y quizá corresponde á los primeros períodos de esta forma (caso 66), que en su estado mas avanzado puede terminar en una gangrena extensa de la membrana, segun el caso 62. En una modificacion de la enfermedad que parece ser diferente de la anterior, la porcion afectada es cubierta de una tela delgada y uniforme como las costras de las aftas, apareciendo la mem-

brana que queda debajo de la tela albuminosa, con un alto grado de rubor luego que esta le separa (caso 67).

SÍNTOMAS DE ESTA LESION.—Aunque la evacuacion es el carácter prominente en las enfermedades de la mucosa intestinal, es preciso no concluir de aquí que cuando hai una apariencia natural saludable y feculenta de la evacuacion, no hai enfermedad séria de esta membrana, pues muchos casos prueban de un modo incontestable que puede haber evacuaciones fecales y saludables, existiendo al mismo tiempo la enfermedad mas extensa y profunda.

A esta primera lesion se refieren las formas de enfermedades siguientes: 1.º un estado simplemente irritable de los intestinos con evacuacion fecal delgada: 2.º evacuaciones morbosas de las superficies enfermas; estas evacuaciones son de varias especies; acuosas, mucosas, sanguinolentas, puriformes: 3.º varias mezclas de estos materiales con evacuaciones fecales: 4.º varias mutaciones en la apariencia de las mismas evacuaciones fecales, pasando con ellas los alimentos del todo ó parcialmente indigestos, ó por la mezcla que traen de la bilis y otras materias de la parte superior de los intestinos. Hai casos en que la evacuacion sale acuosa sanguinolenta ó bruna oscura, mui fétida. Mas por lo que respecta á todas las formas de la enfermedad, téngase presente que las evacuaciones peculiares de la superficie enferma solo se reconocen distintamente cuando la enfermedad está en el colon; mas cuando está en los intestinos delgados, las apariencias se disfrazan ó modifican por la mezcla con otras secreciones enfermas, con materia fecal ó con artículos de alimentos parcialmente digeridos.

SEGUNDA ESPECIE DE LESION.—La membrana se encuentra cubierta en mas ó ménos extension con manchones irregulares de un color rojo reluciente, y sensiblemente elevada sobre el nivel de las partes vecinas. Estas porciones varían en tamaño, siendo en general de una ó dos pulgadas de diámetro, con porciones sanas de una extension considerable interpuestas entre

ellas. Estos manchones están cubiertos, unos de un moco bruno tenaz, otros de flóculos de falsas membranas, y frecuentemente con la superficie empedrada de vejiguillas que en un período mas avanzado parece que pasan á ulceritas.

Estas son las apariencias mas comunmente observadas en la disenteria pura. En este mal dichas apariencias están por lo general limitadas en mucha parte á la porcion inferior del colon y al recto; cuando existen en los intestinos delgados y el colon está sano, los síntomas difieren notablemente de los que comunmente reciben el nombre de *disenteria*. La apariencia de las porciones elevadas circunscritas de la mucosa tambien existe en la forma crónica, y es gradualmente fatal por una enfermedad prolongada.

SÍNTOMAS DE ESTA LESION.—Esta produce cuando está situada en la parte inferior del canal, la *disenteria* comunmente así llamada, esto es, evacuaciones pequeñas y frecuentes de moco sanguinolento con retencion de las heces naturales ó con evacuacion de ellas en forma de *scibalos*. Esta afeccion de la parte inferior del colon y del recto es quizá la disenteria de los escritores sistemáticos. Si todo el colon está afectado, no hai *scibalos*, sino evacuaciones de cuando en cuando de materia fecal delgada venida de las porciones superiores sanas del canal intestinal, mientras que las evacuaciones mas frecuentes constan de moco sanguinolento, materias acuosas oscuras, ó evacuaciones mucosas purulentas de las superficies enfermas que salen á veces solas, á veces mezcladas con la materia fecal de las porciones superiores. Pero cuando la enfermedad está en los intestinos menores y el colon está sano, las apariencias son muy diferentes, porque los materiales segregados por las superficies enfermas salen entónces, raras veces suelen estar combinados, y su carácter se disfraza por la mezcla ó de materia fecal delgada, ó de artículos de comida y bebida parcialmente digeridos. La forma crónica de este mal produce solo un estado

irritable de los intestinos, sin que halla cosa alguna particular en el carácter de las evacuaciones.

TERCERA LESION DE LA MUCOSA.—Una porcion extensa de la membrana mucosa con una consistencia blanda, de un color negro uniforme, ó lo que se puede llamar propiamente *gangrena* de la mucosa. (Caso 62 y 69). El resultado de esta lesion ha sido á veces la separacion de porciones considerables de la membrana, de modo que la túnica muscular queda expuesta y aun á veces es interesada, quedando entónces la cavidad de la úlcera solo cubierta de la túnica peritoneal que forma su fondo (*).

Quizá estas apariencias son, ó diversos períodos de la misma afeccion, ó distintas formas ó grados de ella. Quizá tambien esta última es la opinion mas probable y hai fundamento para creer que la enfermedad ataca en unos casos solo á la mucosa, en otros á los folículos mucosos, y en otros á ámbos tejidos. La forma mas comun de la enfermedad en Inglaterra, consiste en irregulares y elevados manchones de inflamacion con una superficie elevada (caso 61), á los que siguen ulceraciones irregulares que describiremos en el número 7.º de las lesiones. Parecen estados ó formas de la enfermedad diversos de los que terminan ó por cubiertas uniformes de falsas membranas (caso 66), ó por gangrena efectiva (casos 62 y 69). SÍNTOMAS Ó ENFERMEDADES QUE ACOMPAÑAN LA LESION 3.ª Evacuacion oscura, bruna ó negra, acuosa mui fétida, cuyo olor parece de carne podrida.

CUARTA LESION.—Puntos de un color oscuro mui menudos diseminados extensamente sobre una porcion de la membrana, y cada punto rodeado de una areola inflamatoria distinta. Esta apariencia la he observado solo cuando el enfermo ha muerto de otra enfermedad, habiéndose limitado los síntomas intestinales á nada mas

(*). A ménos que sea en forma de escaras ó piltracas, dudo mucho de esta evacuacion de girones de la mucosa por la cámara en consecuencia de la gangrena; creo que las falsas membranas son las que salen.—(Nota del traductor).

que á una tendencia á la diarrea (caso 73). Esta es probablemente una enfermedad de los folículos mucosos, y el primer período de una afeccion que habria terminado por la formacion de pequeñas ulceritas separadas, como en el caso 72. SÍNTOMAS Ó ENFERMEDADES QUE CORRESPONDEN A ESTA LESION 4.^a Esta lesion produce una condicion ó estado mui irritable de los intestinos sin una evacuacion sensible de la superficie enferma, y sin que se note alguna alteracion irregular en las evacuaciones.

QUINTA LESION.—Esta consiste en porcioncitas redondas ú ovals de la mucosa de un color gris ó ceniciento oscuro, y de consistencia blanda pultácea. Estas se separan fácilmente, y dejan úlceras ó mas bien excavaciones correspondientes á su tamaño. Esta apariencia parece ser la terminacion de la inflamacion limitada á pequeñas porciones definidas de la mucosa; ó mas bien, parece situada primitivamente en los folículos mucosos, y envuelve una pequeña porcion de la membrana que los rodea inmediatamente.

ENFERMEDAD QUE LE ES CORRELATIVA.—El mismo mal de la lesion 4.^a excepto que á veces es posible reconocer en las evacuaciones las porciones blandas y separadas de la mucosa, lo que sin embargo no es posible.

SEXTA LESION.—La superficie de la mucosa cubierta de muchísimos puntitos de color blanco opaco que, examinados cuidadosamente, se hallan ser vejiguillas apénas elevadas y que contienen una pequeña cantidad de fluido claro. Esta apariencia rara está ejemplificada en el caso 90.

ENFERMEDAD EN CONEXION.—Evacuaciones de muchas cantidades de un moco mui firme y tenaz, que á veces toma la forma de cilindros ó tubos, á veces la de cuerdas de una densidad notable; otras ocasiones estas evacuaciones están variadas con grandes cantidades de materias gelatinosas semi-transparentes. Estas evacuaciones sin embargo cesaron enteramente mucho tiempo ántes de la muerte del paciente.

SEPTIMA LESION.—Ulceras de diversas apariencias y extension, cuyas variedades principales son las siguientes.

1.^a Pequeñas porciones circunscritas de excavaciones ó erosiones mas bién que actuales ulceraciones, como si algunas porciones de la membrana hubieran sido disecadas. Quizá esta apariencia pertenece á la lesion del número 5.^o

2.^a Una ulceracion mas ó ménos marcada y de extension vária, cubierta en el fondo de una escara amarillenta ú oscura y muchas veces con bordes elevados é irregulares ; las úlceras suelen ser desde el tamaño de medio real al de una peseta de á dos y mas ó ménos distantes entre sí. A veces toda una extensa porcion de la mucosa está en un estado de ulceracion continuada, teniendo su superficie enferma solamente sembrada de porciones de una elevacion fungosa de un color oscuro rojo que corre irregularmente sobre ella y que separa los espacios lacerados entre sí. Esta apariencia ocurre en los casos crónicos, v. g., casos 75 y 76. Mas tambien se halla en conexion con la enfermedad reciente y aguda, como en el caso notable 63. En otros casos los mauchones inflamados de la lesion número 11, están cubiertos de ulceritas como de una línea de diámetro.

3.^a Ulceritas redondas, pequeñitas, bien definidas como las excavacioncitas de las viruelas y á veces muy parecidas á los chancros, con profunda excavacion y bordes redondos y elevados. Por lo comun están á mucha distancia unas de otras, permaneciendo sana la membrana intermedia. Los casos en que esto ocurre son por lo comun crónicos (caso 73). Mas tambien acompaña esta apariencia á la enfermedad aguda (caso 63). En toda probabilidad su existencia primitiva está en los folículos mucosos, y la apariencia de la lesion número 4.^o es su primer estado. Son evidentemente del todo distintos de la formacion mas extensa de ulceracion 2.^a

4.^a Ulceras grandes y profundas con bordes fungo-

sos elevados, y una apariencia oscura fungosa en el fondo. Difiere de las anteriores en que no aparecen en número tal que cubran alguna extension considerable de intestino, sino se hallan solo una ó dos, del tamaño de una pequeña peseta ó mayor ; y por lo general están acompañadas de algun grado de espesor de la porcion del intestino en que estan situadas. La historia de la enfermedad que acompaña á esta lesion es oscura : es de creer que á veces existe con síntomas mui lijeros por mucho tiempo, ó al ménos con síntomas que no indican tal ulceracion. Pueden ser de repente fatales por la hemorragia (caso 83), ó perforando el intestino y engendrando una rápida peritonitis. Tambien se halla en enfermedades agudas mui rápidamente fatales (caso 84). Mas en este caso no es posible decir, si la ulceracion ha sido la causa de los síntomas, ó si existia previamente, y por el ataque agudo ha sido precipitado á una terminacion fatal.

Cualquiera de estas úlceras puede profundizar hasta perforar el intestino y causar el derrame de las materias contenidas y la peritonitis ; entónces se suelen hallar varias de las apariencias descritas combinadas en la misma porcion del intestino enfermo. Así se puede encontrar una úlcera profunda pequeña que ha perforado el intestino, rodeada de una areola en estado de ulceracion superficial, y esta areola rodeada de otra de inflamacion.

ENFERMEDADES CONEXIONADAS CON LA ULCERACION.
 Los síntomas varían mucho segun la extension de la ulceracion y el lugar de ella. 1.º Las úlceras de la forma primera y tercera producen solamente un estado irritable de los intestinos con gradual extenuacion, sin ninguna descarga ó evacuacion de material segregado particular. 2.º La úlcera de la forma segunda produce copiosas evacuaciones de materia mucosa purulenta, por lo general rayadas de sangre y á veces mezcladas con flóculos de materia albuminosa. Si la ulceracion está en el colon, la evacuacion es mui copiosa, á veces sin estar combinada, otras combinada con materia fecal.

Si la úlcera está en el recto, ó en la parte inferior del colon, esta materia fecal puede tener consistencia, forma y una apariencia regular y sana; pero si todo el colon está enfermo, la materia fecal es delgada y viene mas mezclada con secrecion morbosa.

Por otra parte, si la enfermedad está en los intestinos delgados y el colon está sano, raras veces sale la evacuacion sin estar mezclada con materia fecal mui líquida. Tambien se suelen encontrar flóculos albuminosos flotando en las evacuaciones, mas otras veces estas son puramente fecales, líquidas, generalmente de un color pálido y de una fetidez peculiar notable. 3.º Los síntomas que están en conexion con grandes úlceras (forma 4.ª) son mui oscuros. A veces se encuentran sin que síntoma alguno indique su existencia*antes del ataque que termina rápida y fatalmente (casos 85 y 86). Otras veces parecen haber sido producidas por una salud deteriorada, por una digestion imperfecta y estado irregular de los intestinos, mas sin síntoma alguno que haya indicado distintamente la naturaleza de la enfermedad.

OCTAVA LESION.—Porciones de la membrana mucosa se hallan en ocasiones cubiertas de tubérculos pequeños y firmes. A veces se encuentran tambien pústulas parecidas á las de la viruela.

En todo el progreso de estas varias lesiones de la mucosa intestinal, el peritonéo á veces continúa enteramente sano; de modo que al abrir el abdómen, aun en casos mui prolongados, no hai apariencia alguna de enfermedad; en otros casos se notan manchones de un color rojo fuerte ó lívido que se traslucen al través de la túnica peritoneal, ó el color uniforme y negro de la actual gangrena (caso 62), hallándose el peritonéo enteramente sano. La enfermedad á veces pasa á una peritonitis extensa poco ántes de la muerte, lo que sucede de dos modos; ó por perforacion y efusion de los contenidos en la cavidad abdominal á que sigue una peritonitis universal (casos 31 y 70); ó la peritonitis proviene mas directamente de la inflamacion que se ex-

tiende á todas las tónicas, sin ninguna apariencia de perforacion (caso 64).

En muchos casos agudos el intestino enfermo adquiere una apariencia blanda y espesada que se ha comparado á la de una tripa cocida ó pasada por agua caliente. En los casos crónicos todavía es mas comun el espesor á un grado considerable, á veces con una dureza casi cartilaginosa que parece envolver todos los tegidos del intestino. A ocasiones en estos casos el intestino se contrae en la porcion espesada; en otros casos se dilata en quistes grandes y definidos con su superficie interna ulcerada, llena de desigualdades y oscura, adquiriendo á veces las paredes de estos quistes tal grado de espesor y dureza, que durante la vida del enfermo aparecen como una masa de enfermedad orgánica (casos 80 y 82). Tambien suelen ocurrir tan extensas adherencias de la superficie peritoneal, que todas las tripas parecen aglutinadas como en el caso de la peritonitis crónica.

Todas estas lesiones pueden ser clasificadas bajo de un punto principal de vista, en tres formas: 1.^a Inflamacion activa de la mucosa que varía considerablemente en sus caracteres, y segun la extension y asiento de la enfermedad. Puede ser fatal en el estado inflamatorio por gangrena ó por ulceracion, ó pasando á peritonitis: 2.^a Enfermedad crónica de la membrana mucosa sobreviniendo á un ataque agudo ó viniendo desde el principio y sin síntomas algunos agudos, de un modo lento, gradual é insidioso. Por lo general dura mucho y es fatal por consuncion gradual, y muestra despues de la muerte una enfermedad fungoidea de la membrana, ó ulceracion de varios caracteres, ó espesor y endurecimiento de todas las tónicas intestinales. Tambien puede ser fatal por la perforacion y peritonitis rápida. 3.^a Hai una modificacion interesante de la enfermedad que puede ser considerada separadamente como materia de interes práctico, aunque no hai una real distincion en sus caracteres patológicos; esta es aquella en que las úlceras de alguna extension existen

por mucho tiempo en la membrana mucosa, sin producir ningun síntoma que conduzca al conocimiento de su existencia, hasta que de repente se hacen fatales como se dice en la descripcion de las lesiones.

DESCRIPCION DE LOS SINTOMAS DE ESTAS LESIONES.

1.º Inflamacion activa de la mucosa del intestino—Los síntomas de esta afeccion varían mucho segun el asiento y extension de la enfermedad. Por lo general hai dolor en el abdómen, en algunos casos permanentes, en otros por parosismos de retortijones; por lo comun está acompañado de mucha sensibilidad á una fuerte presion; mas esta sensibilidad es distinta de la aguda que acompaña la inflamacion del peritoneo. Hai mas ó ménos irritabilidad de los intestinos, á veces en forma de diarrea con cámaras copiosas, otras en la de tenesmo doloroso con evacuacion pequeña y frecuente de moco sanguinolento. Generalmente hai alguna fiebre con sed, opresion febril y lengua seca; mas en ocasiones el pulso es poco alterado durante todo el curso del mal. Con frecuencia hai vómitos, mas este no es urgente; en ocasiones hipo, en otros casos hai una irritabilidad peculiar del estómago é intestino, produciendo los artículos alimenticios que se toman una sensacion incómoda de ardor (pirosis), seguida de irritacion y una sensacion como si ellos pasasen inmediatamente al través de los intestinos.

Las ganas de evacuar á veces son mui frecuentes, ocurriendo esto cada 10 ó 15 minutos, con mucho tenesmo doloroso; mas en otros casos el mal progresa del modo mas alarmante, aunque solo haya 4 ó 5 evacuaciones en el dia. Las evacuaciones varían mucho en su carácter, consistiendo en algunos casos en pequeñas cantidades de moco sanguinolento, ó casi de sangre; en otros de una materia tenaz semi-purulenta de un hedor peculiar sin sangre ó con ligeras estrias de esta; á veces salen costras membranosas como de linfa coagu-

lable en porciones irregulares ; mas en algunos casos, las evacuaciones son mas abundantes y acuosas, brunas, oscuras, de una fetidez notable, ó de líquido sanguinolento como lavadura de carne. En otros casos se retiene el excremento natural, ó sale solamente en masas ó escibalos mezcladas con evacuaciones morbosas. Por otra parte, es el hecho mas importante en la historia de la enfermedad, que las evacuaciones son en algunos casos delgadas y fecales como las de diarrea comun, y que pueden continuar así casi por todo el curso de la enfermedad, ó que pueden constar de heces líquidas, pero sanas, en los primeros períodos del mal, sin que se presente la evacuacion morbosa sino despues de algunos dias de la enfermedad. En otros estados del mal las evacuaciones varían mas por la mezcla de bñis sana ó de una cualidad mórbida, ó por las mezclas de las bebidas ó alimentos poco alterados.

Parece pues que esta enfermedad existe en varias formas diferentes. En una la evacuacion de la superficie enferma es moco más ó ménos teñido de sangre ; en otra es una materia acuosa roja ó bruna ; en una tercera es un fluido purulento ; y hai tambien una cuarta en que solo hai una irritabilidad morbosa de las partes, sin mucha exhalacion de la superficie afectada. Cuando el mal está limitado al recto y parte inferior del colon, la evacuacion de la superficie enferma viene sin mezclarse, miéntras que las materias fecales pueden quedar retenidas, ó solo salir en pequeños escibalos, excepto cuando por el efecto de una medicina urgente son arrastradas las heces naturales de las porciones superiores del intestino sano. Si la enfermedad se extiende á todo el curso del colon ó á los intestinos delgados, el primer efecto de la irritabilidad aumentada de las partes es evacuar los intestinos inferiores de todos los contenidos fecales ; despues de lo cual las evacuaciones consisten unas veces en el material segregado de la superficie enferma, otras en heces líquidas de las partes superiores, ó en una combinacion de estas con aquel. Si la enfermedad existe principalmente en los

intestinos delgados estando el colon sano, la evacuacion enferma será ménos notable porque raras veces viene sin combinarse. En este caso el efecto sera probablemente una accion general aumentada de todo el canal; y la materia evacuada será, de heces fluidas mas ó ménos mezcladas con evacuacion morbosa, con artículos de alimento, ó bebidas parcialmente unidas con el material de las evacuaciones. En otros casos, cuando el apetito y la digestion han sido mui deteriorados ó casi destruidos, el primer efecto de la enfermedad es limpiar el canal de las heces sanas, que despues no se vuelven á producir mas. En tales casos las evacuaciones pueden al principio ser sanas como las de una simple diarrea, y despues consisten en materiales morbosos de las superficies enfermas.

Así se hallan á veces en la diseccion heces sanas, duras, retenidas mas arriba de la porcion enferma del canal. En el caso 71 habia heces fluidas perfectamente sanas en contacto con la superficie enferma. En el caso 61, en que las evacuaciones fueron siempre de moco sanguinolento, no se halló en la diseccion materia fecal en todo el canal. Tambien vemos muchas veces la enfermedad corriendo sus progresos á una terminacion fatal con evacuaciones fecales de un carácter sano, cuando el mal está situado en los intestinos delgados. Y en un caso mui grave hemos visto evacuaciones fecales y sanas, á veces compuestas parcial ó enteramente de los alimentos que pasaban sin digestion. Bampfield observa que ha visto la leche pasar, cuatro horas despues de tomada, en la forma de una cuajada blanda amoldada por la accion del intestino, y añade que esto daba fuertes dolores y exigia constantes fomentaciones para calmar los retortijones que causaba el cuerpo cuajado, pasando por la porcion enferma de intestino.

Hai todavía alguna circunstancia mui digna de atencion. La inflamacion de la mucosa existe en diferentes estados ó grados. En algunos tiene tendencia á una curacion espontánea, pasando la secrecion de la membra-

na por ciertos cambios, y cediendo la inflamacion durante su progreso. Esto mismo se ve en la inflamacion catarral de la membrana bronquial, mas tambien vemos que el peligro de esta enfermedad en su forma mas suave es proporcionado á su estension; y Laennec ha observado que un simple catarro que afecta toda la membrana bronquial, ó una mui grande porcion de ella, es una de las enfermedades mas formidables. Por otra parte, en la bronquitis propia ó laringitis tenemos ejemplos de existir el mal en forma diferente, en la cual el peligro no está en proporcion con la extension de la superficie afectada, sino con el grado ó intensidad de la inflamacion. Las mismas variedades se observan pues, en la inflamacion de la mucosa intestinal. Hai casos cuya afeccion marcha por algun tiempo ántes de sospecharse su verdadera naturaleza, pues en sus diversas modificaciones de síntomas se equivocan con una diarrea comun. Cuando el mal está en la parte inferior de los intestinos, se distingue mas fácilmente por la evacuacion peculiar de un carácter morboso, ó lo que se llama comunmente *cámara disentérica*. Mas cuando está en los intestinos delgados, el diagnóstico es muchas veces difícil. En este caso la enfermedad merece nuestras sospechas, cuando la diarrea está acompañada de mucho dolor y cuando este se aumenta por la presion. Si á estos síntomas se agrega la fiebre, todavía es mas sospechoso el caso; pero ella, como hemos dicho, falta muchas veces.

La enfermedad ocurre, ó en una forma idiopática, ó como una afeccion sintomática. En la sintomática parece como un síntoma, que acompaña la fiebre continua, y puede existir desde el principio de la fiebre, ó presentarse en un período adelantado de esta. En ocasiones parece que acompaña ó es consiguiente á otras enfermedades febriles, particularmente al sarampion; y hai razon para creer que puede sobrevenir á los afectos de los intestinos, que al principio estaban libres de todo carácter peligroso. En una forma ménos activa acompaña ó sobreviene á muchas enfermedades de una

naturaleza escrofulosa, formando lo que comunmente se llama diarrea *colicuativa*. Cuando la enfermedad es limitada á la parte inferior de los intestinos, forma entonces la *disenteria* de los escritores sistemáticos; mas esta disenteria es solo una modificacion de la afeccion de la mucosa intestinal en las dichas porciones inferiores, y aun no es la mas peligrosa; y hai muchas razones para creer que sus caracteres varían considerablemente segun su sitio, y que las modificaciones mas peligrosas son aquellas que, segun los caracteres establecidos por los autores sistemáticos, deben recibir el nombre de diarrea, y no el de disenteria.

La disenteria de la Gran Bretaña es en muchos casos una enfermedad benigna, de poco peligro, situada en la mayor parte de los casos en el recto y parte inferior del colon. Es acompañada de tenesmo con cámaras pequeñas de moco sanguíneo y poca apariencia de heces sanas; por lo general hai alguna fiebre, con mas ó ménos desorden constitucional, y frecuentemente vómitos. Siempre que se presentan estos síntomas, existe un mal que requiere la mas escrupulosa atencion. Si está limitado á una porcion definida de la parte inferior del intestino, puede ser un mal de poco peligro; mas téngase presente que su riesgo es proporcional á su extension. Puede estar acompañado de dolor y sensibilidad que se extiende al pubis y al colon ascendente, y entonces el peligro aumenta; si la tension y sensibilidad se extiende á la region epigástrica, hai peligro de que el arco del colon esté ya afectado y el riesgo es todavía mayor, y este es extremo cuando ya el mal se ha extendido á todo el intestino grueso. En este caso hai por lo general mucha perturbacion, pulso frecuente, sed, ansiedad, vómitos, hipo y rápida prostracion de fuerzas, variando las evacuaciones, como queda dicho, de mucosas á aguadas, fecales ó combinadas de estos diversos caracteres.

A veces ocurre en el curso de la fiebre continua una interesante modificacion de la afeccion de la mucosa, que tal vez se haya podido descubrir por la presencia

de los síntomas ordinarios, ó pueda no haber sido descubierta hasta que de repente ha sido fatal: y en cualquiera de los dos casos puede ser fatal por consuncion, peritonitis ó hemorragia.

Tambien hai otra modificacion de la enfermedad que afecta á los niños, como veremos mas adelante.

Las terminaciones principales de la inflamacion de la mucosa intestinal son las siguientes.

1.º Puede ser fatal en el estado agudo apareciendo porciones mayores ó menores de la mucosa, rojas y sensiblemente elevadas, con sus superficies cubiertas de vejiguillas mui menudas. Esta apariencia es mas comun en la forma que afecta á los niños. En un período mas adelantado, las vejiguillas parecen pasar á ulceritas mui menudas.

2.ª Por gangrena, poniéndose entónces la mucosa de un color uniforme negro en las partes agangrenadas, y de una consistencia mui blanda, de lo que la túnica muscular á veces participa. Tambien se observan en la membrana agangrenada vejiguillas llenas de un fluido pútrido mui fétido.

3.º Por ulceracion de diversa extension y apariencia, por lo comun mezclada con elevaciones fungosas.

4.º Pasando á la peritonitis ó enteritis, lo que sucede de dos modos; ó extendiéndose la inflamacion uniformemente á todas las túnicas, ó por ulceracion que perfora la tripa, deja escapar los contenidos y causa una peritonitis extensa.

CASOS.

1.º—INFLAMACION DE LA MUCOSA INTESTINAL LIMITADA AL RECTO Y PARTE DEL COLON ASCENDENTE.

Esta es la disenteria de los autores sistemáticos con los síntomas ántes dichos. En algunos casos de Bampfield, los pacientes describian la sensacion en el recto, como si una estaca ó un hierro caliente fuese forzado violentamente en este intestino.

2.º—DE LA ENFERMEDAD PROPAGADA A TODO EL CURSO DEL COLON Y DEL RECTO, Y QUE ES FATAL EN EL ESTADO INFLAMATORIO.

Caso 61.—Ademas de los síntomas comunes á este mal, se notaron en el período avanzado hipo y vómito urgente, postracion y muerte. La diseccion presentó la mucosa de las partes dichas de una apariencia fungosa, de color rojo luciente y elevada sobre el nivel del resto de la membrana. Ninguna ulceracion, y ménos gangrena.

3.º—AFECCION DE LA MUCOSA DE TODO EL COLON Y RECTO, QUE TERMINÓ FATALMENTE POR LA GANGRENA.

Caso 62.—Despues de cámaras casi todas sanguinolentas, evacuaciones acuosas, morenas, mui fétidas como lavadura de carne podrida, algun hipo y poco vomito, á que sucedieron mucho hipo, abdómen tenso y dolorido, &.^a—INSPECCION ANATÓMICA. La mucosa, desde el recto hasta el medio del colon de un color negro uniforme, mui blanda y fácilmente separable. La túnica muscular estaba tambien negra y de fácil laceracion; la peritónea sana. Esta apariencia seguia desde el recto hasta el centro del arco del colon, de allí adelante la mucosa tenia la apariencia descrita en el caso anterior, &.^a En la parte inferior del colon derecho habia apariencia de erosion ó ulceracion superficial, y en el ciego varias úlceras definidas; el ileon cerca del ciego estaba lijeramente distendido y con la mucosa roja. Importa mencionar que la esposa del hombre á que el caso se refiere, padeció el mismo mal en una forma prolongada, por mas de dos meses, y que un hijo de 14 años fué afectado despues de la muerte del padre, y murió tambien en pocos dias.

4.º—LESION DE TODO EL COLON, DEL RECTO Y PARTE DEL ILEON.

Caso 63.—Entre los síntomas se notan cámaras frecuentes, copiosas, líquidas, de apariencia fecal, pulso de 120 á 130 y á veces vómito. A los cinco ó seis dias, las cámaras que al principio eran solo como una diarrea, aunque con mucha sensibilidad y dolor en el

vientre, se hicieron mui fétidas, y aunque de apariencia fecal, presentaban en el fondo del vaso un depósito de fluido puriforme, de mucha fetidez y matizado de sangre: dos dias antes de la muerte las cámaras se hicieron fluidas, aguadas, brunas y mui fétidas.—INSPECCION. Los intestinos delgados, sanos; escepto la parte inferior de la mucosa del ileon que estaba roja; el colon, espesado, con algunos manchones rojos oscuros; en la S del colon y parte superior del recto habia alguna deposicion de falsa membrana. La parte inferior del ileon, como en 24 pulgadas, tenia toda la mucosa de un color fuerte rojo uniforme sin ninguna alteracion de estructura. El ciego estaba tambien mui rojo, con ulceritas; en el colon habia ulceritas irregulares con elevaciones fungosas oscuras de porciones de la mucosa. El arco del colon tenia úlceras, y la mucosa del colon descendente se mostraba toda enferma, bruna, oscura, fungosa y esponjosa, sin úlceras definidas; se parecia á la superficie de un paño mui basto y ralo, de un color bruno oscuro, la mucosa mui espesada, y en esta porcion descendente, las otras tunicas estaban tambien mui gruesas y en algunos puntos casi cartilagosas. En este caso se ven todas las modificaciones enfermas de la mucosa intestinal. Con todo, el cuerpo estaba en buenas carnes y no se tuvo noticia de que el individuo hubiera estado notablemente enfermo, escepto 9 dias, bien que antes habia sufrido de los intestinos.

5.º—UNA NIÑA DE OCHO AÑOS, CON EXTENSA ULCERACION DEL COLON
CON PERITONITIS.

Caso 64.—Algunos vómitos, alguna diarrea mucosa, vientre tenso y timpanítico: con bastante sensibilidad al tacto. Al dia noveno de enfermedad, pulso frecuente, cara pálida aunque llena, algun edema de las piernas, respiracion ansiosa y oprimida, alguna laxitud de vientre, cámara fecal y sana, abdómen elevado y en su parte superior timpanítico, alguna sensibilidad. El dia 10 cámaras fecales y sanas, algun vómito, hundimiento y

muerte.—INSPECCION. Pulmones tuberculosos. En la cavidad del abdómen habia mas de una libra de materia purulenta con depósitos floculentos ; el bazo estaba grande, cubierto de falsa membrana ; el hígado lo mismo. El colon distendido, rojo y espesado en sus túnicas, el meso colon mui rojo y espesado. El colon presentaba por dentro una superficie casi continua de la mucosa, ulcerada.

6.º—LA ENFERMEDAD EN EL CIEGO Y PARTE DEL COLON ASCENDENTE. EL ENFERMO MURIÓ DE UN ATAQUE CEREBRAL.

Caso 65.—Niña de seis años con diarrea obstinada que la debilitó y enflaqueció mucho. Fué cesando, y al cabo de algunos dias le siguió dolor de vientre, de cabeza y vómitos, vientre estreñado, pulso de 30 á 40 en minuto, orina mui encendida y escasa. Continuó el dolor de la cabeza, el vómito y un movimiento espasmódico constante de la pierna y brazo derecho ; y despues de 7 dias cayó en un coma, y murió á los dos dias. El pulso continuó de 30 á 40 hasta pocos dias ántes de la muerte, que se elevó á 70 y á 80.—INSPECCION. Se halló un hidrocéfalo interno en los dos ventrículos del cerebro. El ciego y el colon ascendente de un color rojo oscuro con muchos manchones tambien mui rojos y fungosos, elevados sobre el nivel del resto de la mucosa. Este es un caso de hidrocéfalo con desórden intestinal mui comun en los niños.

7.º—ULCERACION FUNGOSA DEL CIEGO, Y RECIENTE INFLAMACION DEL ILEON, CON EFUSION DE FALSA MEMBRANA.

Caso 66.—Un caso de disenteria con cámara en general copiosa y mui vária en apariencia, á veces mucosa, á veces acuosa, á veces de moco con materia verde de varios matices. Fiebre y mucho enflaquecimiento ; primero dolor agudo, y despues obtuso en el bajo vientre; muerte.—INSPECCION. Ulceracion de la parte inferior del colon unida con el ciego, muchas proyecciones fungosas ulceradas en su superficie. La parte contigua del ileon en estado de inflamacion reciente y con falsa mem-

brana, pequeños abscesos en el hígado, y las glándulas mesentéricas crecidas.

8.º—LESION DEL ILEON CON DEPOSICION DE FALSA MEMBRANA.

Caso 67.—Después de la convalecencia de una fiebre, dolor de cabeza y en la espalda, náuseas y mucho vómito, sensibilidad y dolor en la region del hígado, aliviado por sangrías tópicas. Continuacion de náuseas y algun vómito, pulso frecuente y débil, hundimiento de fuerzas:— muerte á los cuatro dias de la recaida.

INSPECCION. Cerca de media vara de la mucosa de la parte inferior del ileon estaba cubierta de una tela delgada uniforme de linfa coagulable, como las costras de las aftas; por debajo estaba la mucosa (cubierta con esta membrana) muy roja, y el peritoneo que cubria esta porcion con flóculos de linfa coagulable. Esta apariencia es rara; difiere de la anterior del caso 66. En el estado actual de la patología no sabemos si es un período diferente de un mismo mal, ó un estado de inflamacion del todo diverso. Sin embargo el Dr. O'Brien describe esta deposicion de falsa membrana en la superficie de la mucosa como una apariencia comun en la disenteria de Irlanda; ocurre en los intestinos delgados y en los gruesos; mas parece ser mas frecuente y notable en el recto y colon. A veces ocurre en pedazos ó manchones, otras en una lámina uniforme de linfa blanca, cuya mayor porcion existe cerca del recto y adhiere á la superficie de la mucosa por pliegues arrugados. El Dr. Cheyne tambien menciona esta apariencia en los intestinos delgados, y ocurrió en la disenteria de Dublin del año de 1818 (*).

(*) Yo he visto en Cumaná un caso de disenteria aguda en un catalán ó mayorquin, que terminó felizmente después de haber arrojado por el ano, un giron tubiforme, de cerca de una cuarta. Esto es tal vez lo que equivocadamente han tomado algunos prácticos por desprendimiento de la mucosa, la que nunca puede desprenderse entera en esta forma y de color blanquizco.—(Nota.)

9.º—LA ENFERMEDAD FATAL DEL ILEON HALLADO CON PORCIONES ELEVADAS ROJAS, Y CON ULCERACIONES INCIPIENTES.

Caso 68.—En una niña de tres años, despues de vómitos, hubo conatos frecuentes á evacuar y dolor del abdómen, cámaras frecuentes mucosas y fétidas, síntomas febriles, lengua blanca, algun coma, frecuentes gritos, gran aversion al movimiento: muerte.—INSPECCION. El ileon, desde el ciego hasta el yeyuno mui vascular, con sus vasos mui inyectados, su mucosa cubierta de muchos manchones irregulares inflamados con apariencia fungosa, mui elevada sobre el nivel del resto de la mucosa y con ulceritas menudas. Los ganglios mesentéricos mui grandes y vasculares.

10.—LA ENFERMEDAD DEL ILEON FATAL POR LA GANGRENA.

Caso 69.—Una mujer de 25 años con diarrea, tenesmo y dolor en el abdómen, dolor exasperado al ir al vaso y al orinar. La evacuacion sin escíbalos ni sangre, algun dolor de cabeza, sed, tos, náuseas, vómitos de vez en cuando, palidez, pulso á 72. Dia 2.º, cámaras con retortijones, alivios con los fomentos. Dia 3.º, una cámara que se pareció al caldo que habia tomado, poco alterado, no hubo retortijones. Dia 4.º, dos cámaras sin retortijones, abdómen duro y dolorido, vomitó una vez; un enema suave produjo una fuerte evacuacion que alivió el dolor. Dia 5.º, una evacuacion delgada y fecal, varios vómitos, ménos dolor, pulso á 78; tomó 6 granos de calomel. Dia 6.º, dos cámaras, una de ellas delgada y fecal, otra mui teñida de sangre, mucho dolor antes de evacuar, abdómen tenso y dolorido; muchos vómitos de moco con alguna sangre y aun alguna materia fecal: tomó 8 granos de calomel. Dia 7.º, dos cámaras delgadas fecales y de apariencia natural, precedidas de mucho dolor, vomitó muchas veces materia verdosa mucosa, mezclada con pus sanguinolento, tension del abdómen, pulso de 60 á 70, tomó algun calomel con opio. Dia 8.º, ninguna cámara, ningun vómito; murió la paciente en la noche.—INSPECCION. Los vasos del estómago, duodeno y yeyuno mui distendidos

con sangre. El ileon lívido, con algunas adherencias, su superficie interna perfectamente negra con alguna materia mucosa oscura mezclada de pus fétido, el colon izquierdo muy lívido, adherido á las paredes abdominales y á la parte inferior del omento que tambien estaba lívido, y entre estas partes habia mucho pus fétido.

11.—ENFERMEDAD DEL ILEON CON ULCERACION FATAL POR PERFORACION Y PERITONITIS.

Caso 70.—Despues de diarrea, síntomas de indigestion y mucho dolor en el abdómen que empezó en la parte inferior y se estendió á todo él: al dia siguiente el dolor se aumentaba con la presion y respiracion; vómito urgente, pulso á 130, y hundido, frialdad del cuerpo, vómito urgente, hipo y muerte.—INSPECCION. Inflamacion peritoneal extensa con mucha resudacion linfática, y gangrena. Los intestinos delgados con pequeñas úlceras, y en la parte inferior del ileon habia una úlcera del tamaño de un chelin, rodeada de una areola inflamatoria llena de pequeñas ulceritas, y en el centro de la úlcera habia una perforacion á la cavidad abdominal; la superficie externa ó peritoneal de esta parte estaba de un color lívido oscuro.

12.—LA LESION DE LA MUCOSA CON ULCERACION ACOMPAÑANDO A LOS CASOS DE FIEBRE CONTINUA.

Caso 71.—Una niña de 9 años tuvo fiebre con diarrea, algunos retortijones y mucha sensibilidad en el abdómen; evacuaciones delgadas fecales y sanas; pulso frecuente, lengua crapulosa. Dos dias ántes de la muerte, la diarrea cesó de repente, y fué sucedida de dolor violento, mucha sensibilidad del abdómen, y todos los síntomas de inflamacion peritonea.—INSPECCION. Mucha inflamacion peritoneal, adherencias y depósitos de flóculos de linfa. El intestino estaba perforado en varios lugares por pequeñas ulceritas, por donde se habia escapado la materia fecal á la cavidad peritoneal. La mucosa del ileon tenia estensas erosiones, en al-

gunos lugares estaba completamente destruida por úlceras redondas, algunas del tamaño de una moneda pequeña; sus túnicas en algunas partes muy espesadas &.^a Este caso y otro análogo del Dr. Duncan parecen ser de fiebre, en que la lesión intestinal coincidió y aceleró la muerte.

CONCLUSIONES PRACTICAS DE LOS HECHOS REFERIDOS RELATIVOS A ESTA IMPORTANTE CLASE DE ENFERMEDADES DE LA MUCOSA INTESTINAL, Y QUE ESTAN DE ACUERDO CON LOS PRINCIPIOS DE LOS MEJORES PRACTICOS.

Al hablar de disenteria, en tiempos pasados, nos dejábamos influir demasiado por las distinciones de los escritores sistemáticos para aplicar este término á una enfermedad caracterizada por el tenesmo, y las evacuaciones pequeñas de moco sanguinolento. Es verdad, que existe á veces esta modificación de la enfermedad; mas los escritores prácticos de la primera autoridad describen otra forma de la enfermedad en que las evacuaciones son copiosas y varían mucho en apariencia, en diversos períodos del mal, siendo á veces oscuras, acuosas y saniosas, y á veces del todo naturales. Sir Santiago M'Gregor observó que la disenteria trópica que ataca á las tropas &.^a, difiere mucho de la descrita por Cullen y mas bien pertenece á la diarrea. Añade: "Siempre he hallado dificultad en distinguir la disenteria de la diarrea, y estoi inclinado á creer que en la definicion de Cullen, de la diarrea, aludió á la disenteria trópica. El Dr. Ballingall es de la misma opinion. En la descripcion de aquella modificación formidable que llama *colitis*, menciona distintamente las evacuaciones como generalmente copiosas en el primer período de la enfermedad, de una consistencia fluida y sin fetidez particular; y contestando algunas preguntas del Dr. Abercrombie, dice "que (en este período de la enfermedad, las evacuaciones solo varían de las heces naturales por su consistencia; y que á proporcion que el mal progresa, se hacen mas escasas y toman un

carácter morbosos. Que despues de limpio el canal de heces sanas por repetidas cámaras, las evacuaciones siguientes constan principalmente de las secreciones morbosas de las partes enfermas. Casi igual es la opinion del Dr. Dewar. Ahora bien, en la disenteria de Cullen descrita por el Dr. Donald Munro, el asiento primero de la enfermedad parece ser el recto y la parte inferior del colon, y á veces el recto solo; miéntras que en la colitis del Dr. Ballingal y la disenteria trópica de otros escritores, la enfermedad se extiende á todo el curso del colon, y á veces á una parte considerable de los intestinos delgados. Así si nos preguntan cual es la distincion entre la diarrea y la disenteria que los practicos sistemáticos han descrito como males diversos, diremos: que consiste en la naturaleza de la enfermedad, y que solo se puede saber, atendiendo mucho á los síntomas concomitantes, mas no por el carácter de las evacuaciones. La diarrea es la accion aumentada del canal, producida por varias causas irritantes aplicadas á la mucosa en el estado sano, siendo el grado mas alto de ella la cólera morbo de este pais (Inglaterra), que puede ser peligrosa por el hundimiento rápido de las fuerzas que á veces la acompaña. Mas la disenteria es un estado semejante de accion aumentada que proviene de la inflamacion de la mucosa; y el estado mas fuerte de ella parece ser la cólera de la India Oriental.

† La disenteria puede á veces distinguirse por las evacuaciones morbosas de la superficie enferma; mas estas faltan muchas ocasiones ó están tan mezclados con las evacuaciones fecales, que no se conocen; y ateniéndonos á los hechos, los casos en que las evacuaciones se parecen mas á las de la diarrea, son los mas difíciles de tratar y mas peligrosos.

La disenteria muchas veces viene acompañada de las enfermedades de los órganos vecinos, especialmente del hígado, en que á veces se hallan abscesos, y en casos prolongados un endurecimiento crónico. Estas combinaciones son probablemente accidentales, bien

que pueden modificar considerablemente los síntomas. También se ha supuesto que la circulación impedida al través del hígado, puede causar la enfermedad de la mucosa por acumulacion de sangre en sus vasos mas menudos; pero esto es puramente conjetural. /

Antes se suponía que la disenteria tenia una íntima dependencia del hígado; y aun se ha descrito una modificación de ella bajo el nombre de disenteria hepática. Esto, ateniéndose á los hechos, no quiere decir sino que el enfermo puede á un tiempo ser afectado del hígado y de la disenteria. La disenteria es una enfermedad de la mucosa intestinal, y es un hecho de importancia práctica que muchas veces se combina con afeccion del hígado; pero esto no es bastante para establecer ninguna conexion entre las dos enfermedades, y aparece averiguado que esta conexion es accidental. Abercrombie no ha visto la disenteria de Europa acompañada de la afeccion del hígado, excepto en uno ó dos casos crónicos. Esta combinacion es mas frecuente en Irlanda y todavía mas en la India. Mas en la disenteria que devastó las tropas en Rangoon, en la guerra de Birmania (India Oriental), el Sr. Waddel asegura, que nunca halló en las disecciones el hígado afectado. El Dr. Knox que ha examinado 64 casos de disenteria crónica en la India (Ceilan) y la costa de Africa, solo en dos casos halló el hígado enfermo. Ha sido pues exagerada la conexion de que se ha hablado tanto, entre la disenteria y los afectos del hígado.

La vejiga urinaria muchas veces se afecta en los casos de disenteria con dolor, disuria ó retencion; y en todos los casos mui antiguos de disenteria crónica, hallamos casi todas las vísceras mas ó ménos enfermas, y aun muchas veces mui adherentes por una peritonitis crónica.

SECCION II.

ENFERMEDADES CRONICAS DE LA MUCOSA.

Las enfermedades crónicas de la mucosa pueden ser la reliquia de una lesion aguda, ó desde su principio irse insinuando gradualmente en una forma crónica. Ellas presentan las variedades siguientes de apariencias morbosas.

1.^a Una extension mayor ó menor de la membrana cubierta de manchones irregulares de color rojo oscuro y apariencia fungosa, sensiblemente elevada sobre el nivel de las partes vecinas de la misma mucosa.

2.^a Ulceras pequeñas bien definidas, mas ó ménos numerosas, muchas veces á gran distancia entre sí, y del diámetro de un medio guisante, estando la mucosa intermedia enteramente sana.

ENFERMEDAD RELATIVA A ESTAS LESIONES.—Diarrea por mucho tiempo continuada sin ninguna apariencia morbosa particular de las evacuaciones, excepto el ser siempre fluidas y por lo comun de un hedor particular.

3.^a Una gran porcion de la membrana mucosa que muestra una superficie continua enferma, en que una ulceracion irregular desigual, alterna con elevaciones fungosas y con otras partes que se muestran como si la mucosa hubiera sido separada de ellas.

VARIEDAD DE ESTA ENFERMEDAD.—Si esta ulceracion está en el colon, hai evacuaciones copiosas de material morbozo segregado de la superficie enferma, que á veces es pus, á veces mezcladas de materia puriforme tenaz con moco ó materia gelatinosa, y el todo comunmente mui teñido de sangre segun la extension de la enfermedad; este material, ó puede ser considerable y sin combinarse, ó combinado con heces sanas. Si el mal está en la parte inferior del colon ó en el recto, puede haber heces sólidas y á veces aun duras, generalmente mezcladas con mas ó ménos material morbozo; y en ocasiones hai frecuentes y copiosas evacuaciones de este sin apariencia de materia fecal. Si el mal existe en todo el colon, las heces por lo comun vienen lí-

quidas, y entónces las evacuaciones son ya de materia fecal líquida mas ó ménos combinada con secreciones morbosas, ya de material morbozo solo, sin apariencia de materia fecal. Si el mal existe en los intestinos delgados, raras veces vemos la evacuacion sin combinarse; entónces parece ó que la secrecion morbosa es poca ó en ménos cantidad que la fecal líquida, ó que viene tan mezclada con esta que no es fácil discriminarla. Esta forma, en que la ulceracion está limitada á los intestinos delgados, es frecuente en los casos de tisis pulmonar. A la verdad, parece que el mal intestinal ha sido el primero; y que el pulmonar (tuberculoso) ha sobrevenido despues (casos 77 y 78).

4.^a Las otras tónicas se hallan participando de la enfermedad y una porcion de intestino está gruesa y endurecida, á veces con adherencias á los órganos ó paredes vecinas. Otras ocasiones las porciones espesadas y duras disminuyen mucho de su calibre. En otros casos se distienden en sacos grandes con paredes duras y firmes que presentan al través de estas la apariencia de masas de tejidos enfermos.

5.^a Enflaquecimiento con diarrea, que alterna á veces con estreñimiento, otras ocasiones con apetito bueno y aun voraz, y por lo comun mui vário y caprichoso, indigestion é incomodidad despues de comer, ó sensacion ingrata despues de haber comido, que pasa á los intestinos y no se alivia hasta despues de haber evacuado. Si se detiene la diarrea por los astringentes y opiados, por lo general se aumenta la incomodidad del estómago, y en algunos casos se excita el vómito. En otros, el vómito alterna con la diarrea, teniendo el enfermo por algunos dias vómitos sin diarrea, y despues diarrea sin vómitos. Por lo comun hai dolor en el abdómen, mas este varía en grado y duracion; á veces parece en la forma de retortijones que preceden á las evacuaciones, en otros casos es mas permanente y se aumenta por la presion.

En algunos casos crónicos marchan los síntomas locales sin mucha lesion de la salud general; en otros

hai mucha debilidad y enflaquecimiento, frecuentemente con paroxismos héticos; á veces hai una desolladura peculiar de la boca y fauces con aftas ó úlceras menudas, por lo comun acompañadas de sensibilidad de todo el esófago, y una sensacion molesta de quemadura en el estómago despues de todo lo que se traga. Las evacuaciones varían, como hemos dicho, de modo que no sirven para fundar el pronóstico. En ocasiones constan principalmente de materia sangrienta puriforme y de varias combinaciones de esta con heces líquidas, ó con los alimentos ó bebidas parcialmente alterados; mas en muchos casos tambien las evacuaciones son en todo el curso de la enfermedad de heces líquidas sin mezcla de secrecion morbosa. A veces las evacuaciones son de sangre venosa y vienen en forma de coágulos, ó de una materia oscura como pez negra, que da un color oscuro bruno ó negro á las evacuaciones. En casos en que hai espesura ó endurecimiento de las tónicas de los intestinos, hai frecuentemente una pérdida completa del poder muscular, de modo que el mal pasa á un verdadero ileus.

CASOS.

1.º LA ENFERMEDAD FATAL CON MANCHONES ROJOS Y ELEVADOS SIN ULCERACION.

Caso 72.—Hombre de 50 años con varias evacuaciones por la noche, no mucho enflaquecimiento hasta pocos meses ántes de la muerte, en que aumentando la evacuacion, se puso pálido y flaco, y murió por una consuncion.—INSPECCION. Hígado tuberculoso, la mucosa intestinal en todo el canal, particularmente en los intestinos delgados, estaba con porciones rojas elevadas y fungosas.

2.º MUCHAS ULCERITAS SEPARADAS CON LA MUCOSA INTERMEDIA SANA.

Caso 73.—Señora de 35 años, con cuatro de diarrea y mucha incomodidad en el abdómen. Las evacuaciones fecales delgadas, de apariencia sana, dolor en el abdómen no constante, ni limitado á un punto particular. Algun tiempo ántes de morir, aftas en la garganta.

INSPECCION. Intestinos con porciones de la mucosa roja elevada fungosa, con muchas ulceritas ovales con fondo liso y bruñido, mientras que las partes que las rodeaban, estaban rojas oscuras. En los puntos de estas úlceras los intestinos puestos contra la luz eran semitransparentes. Las porciones así ulceradas eran las mismas que tenían un color rojo, se extendían de 6 á 8 pulgadas de largo en los intestinos delgados; también existían en el colon. También en el píloro, estómago y esófago había muchas ulceritas del tamaño de una cabeza de alfiler. Los pulmones estaban tuberculosos con abscesos.

Quizás hai motivos para suponer que la enfermedad ó ulceracion había principiado en los folículos mucosos, y que en los intestinos delgados estaba acompañada de la rubicundez de la mucosa del rededor, y en el colon la membrana que rodeaba las úlceras estaba sana.

Caso 74.—Diarrea, dolor en el vientre, algun vómito y despues tos; murió la enferma de una afeccion del cerebro.—**INSPECCION.** En la mucosa intestinal de la extremidad del ileon, había muchos puntitos negros, distantes entre sí, y vistos con un lente, mostraban una areola inflamatoria.

3.º ULCERACION CONTINUA EXTENSA DE LA MUCOSA DEL COLON.

Caso 75.—Mujer jóven de 17 años. Siempre había tenido unos intestinos mui irritables, tuvo incomodidad constante del abdómen, tendencia á la diarrea con inflacion considerable. Evacuaciones de un carácter malo. Incomodidad en todo el abdómen con sensibilidad al tacto, cámara frecuente con mucho dolor é irritacion. Pulso débil y rápido, poco apetito, noches con alguna fiebre y mucha traspiracion. La evacuacion era casi enteramente de materia tenaz puriforme con rayas de sangre, á veces de materia fecal sana bastante consistente. Con un fuerte cocimiento de cusparia, con láudano y ácido nítrico la evacuacion puriforme cesó del todo, mas continuó mucha incomodidad en el vientre, cámaras frecuentes, delgadas, fecales y sanas, y vino la muerte.

INSPECCION. El colon tenia por fuera una apariencia blanda y ligeramente espesada con manchones rojos que se traslucian por la túnica peritoneal, y abierto presentó toda su mucosa ulcerada de un modo continuo con excavaciones en algunos lugares como si pedazos de la mucosa hubieran sido separados; en otras partes habia ulceraciones irregulares de varia extension; en muchos lugares úlceras redondas bien definidas y todas entremezcladas de porciones elevadas fungosas, rojas, oscuras ó brunas. Todo el colon y recto estaban enfermos. Los intestinos delgados y demas partes buenas. La cámara fecal se esplica bien por el sitio del mal.

Caso 76.—Cámara frecuente, á veces fecal delgada y natural, otras blanquecina mucoso-purulenta de un olor particular y en cantidad pequeña.—**INSPECCION.** El intestino delgado sano, el colon enfermo con una superficie continua ulcerada, en otros puntos habia porciones rojas oscuras y elevadas embutidas de ulceritas redondas bien definidas. Este caso estaba complicado con afecto del hígado, y los síntomas intestinales no se presentaron sino pocas semanas ántes de la muerte.

4.º ULCERACION EXTENSA Y CONTINUA EN LOS INTESTINOS DELGADOS.

Caso 77.—Mujer de 21 años. Cámaras frecuentes, escasas, de color claro, mui fétidas, mas sin otra cosa extraña en su carácter. Mucho enflaquecimiento, pulso débil y rápido, abdomen elevado y tenso, pero no extraordinariamente sensible, síntomas pectorales de la consuncion pulmonar.—**INSPECCION.** Pulmones tuberculosos y supurados. Los intestinos delgados mui adheridos entre sí y á las paredes abdominales, y su mucosa llena de úlceras de varios tamaños.

Caso 78.—Un hombre de 19 años con síntomas casi idénticos, tambien con lesion pulmonar tuberculosa y ulceracion.

5.º ULCERACION DE LA MUCOSA CON ESPESURA Y ENDURECIMIENTO DE
LAS TUNICAS DEL INTESTINO.

Caso 79.—Una niña de 15 años tuvo, como un año ántes de morir, dolor del abdómen y vómito frecuente. Despues diarrea ó vómitos, ó los dos síntomas á un tiempo, y dolor constante del abdómen aumentado por la presion, abdómen hundido, suave ó natural.

INSPECCION.—El ciego de un color oscuro, duro y mui espesado en sus tunicas, interiormente con úlceras. La válvula del ciego destruida por la ulceracion. Como 18 pulgadas del ileon estaban distendidas y con las tunicas espesadas con muchas ulceritas.

Por esta complicacion de ulceracion con espesura de las tunicas que destruye por último la accion muscular, es que la enfermedad pasa á veces á un estreñimiento tenaz y hasta viene á parar en ileus.

El Dr. Sanders comunicó al Dr. Munro un caso de un hombre que habia estado sujeto por 20 años á acedías y vómitos ocasionales y á 5 ó 6 cámaras diarias líquidas, mucosas ó estriadas con sangre; despues tuvo un gran estreñimiento sin una sola cámara por 9 dias, á lo que siguieron diarrea con vómito y gran distension del abdómen con estreñimiento tenaz y muerte.

En la inspeccion se notaron los intestinos mui adheridos entre sí; una gran porcion del ileon mui distendida, mui espesado en sus tunicas, y todo lleno por dentro de varios tumores, ulceraciones y en algunos puntos durezas.

Hai otra forma en que los síntomas son mui diferentes y generalmente mui oscuros. La peculiaridad de estos casos parece depender de la extension mui limitada del mal, de modo que no interviene en la accion general del canal.

Caso 80.—Un hombre de 53 años: en consecuencia de un golpe en el vacío izquierdo, al cabo de algun tiempo empezó á sentir síntomas dispépticos y á enflaquecerse mucho. Despues se alivió con las aguas de Cheltenham, y habiendo seguido una vida un poca libre,

recayó. Al cabo de mucho tiempo se notó una hinchazón en el vacío izquierdo que tomaron unos por enfermedad del bazo, otros por enfermedad del hígado. Se administraron varios cursos mercuriales sin mejoría. Su vientre estaba casi siempre arreglado, á veces suelto y en ocasiones arrojaba grandes cantidades de sangre coagulada, precediendo mucho dolor en el lado izquierdo. Así estuvo 18 meses, al cabo de los cuales se puso muy flaco, abotagado, con pulso pequeño y frecuente, mucha debilidad y anasarca de las piernas, vientre hinchado y bastante incomodidad en el lado izquierdo, en donde se sentía una hinchazón situada profundamente, que con evidencia era diversa del bazo, y variaba de tamaño en los diversos días; era tan firme, que daba la impresión de una masa de enfermedad orgánica; había algunas evacuaciones muy oscuras y delgadas, á veces con sangre. Después tuvo vómitos y estreñimiento, y gran dolor en el lado izquierdo con incomodidad que se extendía á todo el vientre, hundimiento rápido y muerte.

INSPECCION. El colon izquierdo ó descendente era el enfermo; estaba tan dilatado, que formaba un quiste grande é irregular con paredes espesas y mas duras en algunos puntos y en otros casi cartilagosas. Por fuera adherido el quiste á las paredes abdominales, por dentro presentaba una superficie continuada ulcerada, fungosa y de un color oscuro con muchas elevaciones y depresiones. La enfermedad estaba limitada al quiste que era de 4 á 5 pulgadas de diámetro; el resto estaba bueno.

Caso 81.—Una señora de 35 años: con frecuentes ataques de vómitos y dolor severo en la region epigástrica; al cabo nada retenia en el estómago. Los vejigatorios en el epigastrio la aliviaron, y el mal siguió sin vómito, mas con dolor violento que á veces referia al epigastrio; pero nada se descubria al exámen ni en el sitio del dolor, ni en otra parte del abdomen. La evacuacion ventral estaba natural ó se arreglaba fácilmente, pero la enferma casi no podia tomar alimento; así se fué consumiendo y murió en estado de enflaqueci-

miento extremo al año de haber empezado el mal, y á los tres meses de haber cesado el vómito.—*INSPECCION.* El estómago bueno, los intestinos buenos excepto el ciego que estaba mui espesado con sus tunicas, en algunos lugares cartilaginosas é interiormente presentaba una superficie continua de ulceracion oscura fungosa.

Caso 82.—Una mujer de 45 años con tumor duro y dolorido en la region iliaca derecha, mucha debilidad, marasmo, anasarca de ámbos extremos inferiores, pero mayor en el derecho; pulso pequeño y frecuente, ningun apetito. Intestinos naturales y fáciles de evacuar-se, á veces inclinados á la diarrea. Tenia tres años de enfermedad, y dos de haber observado el tumor. Se creia que era enfermedad del ovario, y murió gradualmente.—*INSPECCION.* El ciego era el tumor, y estaba convertido en un gran quiste con paredes duras y espesadas, en algunos puntos casi cartilaginosas, estensamente adheridas á las paredes del abdomen y con su mucosa toda ulcerada, oscura y fungosa. En la superficie convexa del hígado habia un quiste aforrado de una membrana firme blanca, cubierta exteriormente de la serosa del hígado y con cerca de una libra de fluido seroso claro.

ULCERAS DE LA MUCOSA INTESTINAL SIN SINTOMAS PROMINENTES.

Esta distincion es puramente práctica, porque es la misma lesion que en los casos precedentes, y solo difiere en la extension de la enfermedad y en los síntomas que la acompañan. Consiste en úlceras de varia estension y pocas en número, quizás una ó dos en todo el canal, ó pocas de ellas en sucesion ocupando un pequeño espacio, por lo comun cerca del extremo del ileon, mientras que todo el resto del canal está perfectamente sano. Las úlceras son como del tamaño de un real columnario ó mayores, con excavaciones profundas, bordes redondos elevados y con la circunstancia mui pe-

culiar, que muchas veces suelen existir sin síntomas que indiquen su presencia, hasta que de repente el caso es fatal por hemorragia ó inflamacion peritoneal, siendo esta comunmente el resultado de la perforacion y derrame de los contenidos en la cavidad abdominal.

Úlceras de esta especie se hallan principalmente acompañadas de las circunstancias siguientes: 1.º De enfermedades agudas como la fiebre continua. Entónces puede haber habido alguna diarrea ó síntomas gástricos lijeros, ó puede no haber síntoma alguno hasta que termina el mal fatalmente por hemorragia ó peritonitis. 2.º Estas úlceras tambien existen en una forma mas crónica, de modo que siendo sus síntomas demasiado oscuros, no se sospechan durante la vida del enfermo. Entónces ocurre la muerte, ó por perforacion y peritonitis, ó por hemorragia, ó por consuncion, y no se descubren á veces sino en cadáveres de personas muertas de otra enfermedad.

Caso 83.—Es uno de fiebre sencilla y benigna, en cuyo tercer dia arrojó por el curso una enorme cantidad de sangre, tuvo síncope, siguió la cámara de sangre y murió á las cuatro horas.—INSPECCION. La parte inferior del ileon mui oscura y espesa, en cuya mucosa habia una úlcera profunda del tamaño de una peseta, con bordes elevados, su fondo lleno de un fungo rojo oscuro y de alguna sangre, de donde parece salió la hemorrágia mortal. En el ciego tambien habia otra úlcera.

Caso 84.—De úlcera que terminó fatalmente por la peritonitis. Síntomas de fiebre continua de un carácter benigno y favorable, ningun síntoma abdominal, la evacuacion ventral regular, de repente, sensacion usitiva en el lado derecho del abdómen; á las doce horas, pulso á 140 y pequeño, abdómen tenso, inflado y mui condolido, especialmente al lado derecho, hundimiento y muerte.—INSPECCION. El ciego y el colon ascendente inflamado y de un color lívido oscuro, la extremidad del ileon que se abre en el ciego llena de úlceras. Los

gánglios mesentéricos mui enfermos, algunos de ellos formando vejigas semitrasparentes, que tocadas con la punta de un escalpelo, se reventaban con una explosion mui aguda, arrojando solamente aire, y despues de vacías las vejigas, no contenian sino materias caseosas ó calcáreas. No se halló perforacion en ello, mas tenian la apariencia de los casos que terminan por esta lesion.

Mr. Louis ha publicado muchos casos de estos; y en general toman al principio los caractéres de la fiebre continua con síntomas pectorales en algunos de ellos. En unos habia habido dolor y sensibilidad aumentada en el abdómen con diarrea: en otros no habia habido síntoma alguno relativo al abdómen hasta el momento de la terminacion fatal. Esto ocurrió en períodos varios de la enfermedad, desde el décimo al décimoquinto dia, en uno al 4.º dia, en otro á las tres semanas, y en algunos cuando ya el enfermo estaba en convalecencia. El ataque fatal consistia en un ascenso repentino del mas violento dolor en el abdómen con sensibilidad morbosa, tension y á veces con vómito, y venia la muerte dentro de 20 á 50 horas. La diseccion mostraba úlceras en los intestinos delgados, particularmente hácia el extremo del ileon, y en todos se encontró una perforacion del intestino por una de estas úlceras, con mucha peritonitis, adherencias y efusiones de linfa.

3.º CASOS 85 y 86 de úlceras sin enfermedad previa que terminaron por la muerte repentina y por perforacion. Dolor violento de repente en el abdómen y vómito, despues dolor extenso en todo el abdómen, pulso veloz y débil, hundimiento y muerte, fué el cuadro de los síntomas. La INSPECCION demostró en uno la úlcera en el duodeno con perforacion, en el otro en la porcion del colon próxima al recto. Los fenómenos fueron casi unos mismos. El rededor de la perforacion era una ulceracion, en un caso con endurecimiento y espesor de las paredes.

4.º CASOS de úlceras de esta clase unidos con síntomas oscuros de larga duracion. Hai razon para creer

que la ulceracion de la mucosa, siendo de una extension limitada, á veces existe en conexion con síntomas oscuros y prolongados, sin presentar ningunos caractéres que distintamente indiquen la existencia de la enfermedad.

Caso 87.—Un hombre de 34 años que ántes habia sufrido de disenteria, pero que se vió libre de ella por algunos años, y que solo padecia náuseas é indigestion; unas veces tenia el vientre suelto, otras estreñido. Despues tuvo vómito frecuente, y sensacion penosa de calor en el estómago y esófago. A veces tenia apetito, á veces hastío. Tres dias ántes de la muerte tuvo su pulso natural; entónces experimentó afectos convulsivos y delirio con pulso frecuente, y murió en estado de coma que continuó doce horas. La INSPECCION mostró como 18 pulgadas de ileon que estaban lívidas con muchas durezas; la mucosa llena de llagas de varios tamaños con bordes ásperos, desiguales y mui fungosos.

Caso 88.—De una mujer tambien con coma repentino, y muerte al día siguiente. La INSPECCION descubrió bueno el cerebro, y casi todo el recto lleno de ulceracion cancerosa; el resto del recto y todo el colon izquierdo estaban mui rojos y purpúreos como esfacelados.

Con un exámen mui prolijo en todos estos casos se puede descubrir á veces el asiento de la enfermedad por la presion que se hace sentir mas sobre la parte lesa. Tambien es buena regla en todos los afectos oscuros de los intestinos hacer un exámen cuidadoso del recto, pues á veces se descubre ulceracion cancerosa de él en conexion con los desórdenes de los intestinos de un carácter mui ligero y oscuro.

Hablemos ahora del estado que presenta la membrana mucosa intestinal despues de la cesacion de los síntomas observados en personas que, habiendo padecido de lesiones de ella, mueren de otras enfermedades.

Caso 89.—De una mujer que despues de haber sufrido habitualmente del estómago y de diarrea junto con síntomas pulmonares, murió de tisis pulmonar. La INSPECCION manifestó ademas de los pulmones tubercu-

losos, &c.^a que pertenecen á la tísis, muchas porciones de los intestinos de un color rojo oscuro y mas vasculares que el recto, con algunos puntos pequeños circunscritos, lisos, que tenian toda la apariencia de úlceras que se habian curado.

Caso 90.—Una jóven de 18 años sufrió mas de un año de los intestinos con el grado mas tenaz de distension tñpanítica. Despues tuvo complicacion de este mal con síntomas histéricos: con suaves laxantes y algunos tónicos se fué mejorando hasta que se puso buena, tuvo despues estreñimiento por cerca de dos meses y en el siguiente tuvo acedías molestas con aftas en la garganta, de donde arrojaba cantidades considerables de material blanco espeso, y al mismo tiempo tenia evacuaciones de mucho moco viscoso y despues de porciones de una sustancia blanca; habia fiebre cilla á la tarde, y dolor en el colon derecho. El estado aftoso de la garganta desapareció dentro del mes, y despues la lengua solia ponerse roja y de una sensibilidad delicada: los síntomas continuaron desde entónces con muchas variaciones por 6 ó 7 meses, reducida á su cama y en la mayor debilidad. El síntoma prominente entónces era una frecuente evacuacion de los intestinos de inmensas cantidades de una sustancia que á veces aparecia en la forma de jalea pura trasparente, otras en la de una materia fibrosa como hilos ó cuerdas largas, y muchas veces en la de girones membranosos anchos, tenaces y uniformes; á veces porciones de algunas pulgadas de tamaño, y frecuentemente como cilindros ó tubos gelatinosos, ya como hidátides y ya como sacos membranosos que contenian heces sanas. Las láminas y los tubos membranosos eran hasta de 4 ó 5 pulgadas de extension; algunas ocasiones salia en la evacuacion materia blanca como crema. Otras ocasiones cesaban las evacuaciones algunos dias, y entónces eran naturales. El retorno de las evacuaciones enfermas era precedido de una sensacion de estreñimiento y de calor en los intestinos, de hambre, sed y dolor de cabeza. La materia fecal que salia junto con

las evacuaciones enfermas, era de una apariencia natural, pero dura y apelotonada. Cedió el mal por un mes, volvió despues por otros dos meses; mas las evacuaciones eran de cuando en cuando y en menores cantidades, hasta que despues cesaron casi del todo. A los dos meses se desarrollaron los síntomas pulmonares, y murió á los cuatro.—INSPECCION. Todas las apariencias de una fuerte desorganizacion pulmonar en el pulmon izquierdo. Todo el colon por su cara interna ó mucosa estaba lleno de puntos de color blanco claro, que se distinguian mucho de la membrana mucosa que los rodeaba. Algunos eran mayores que una cabeza de alfiler, y bien examinados se notó que eran vejiguillas apenas elevadas, pero que punzadas daba una gotita de fluido claro. Toda la mucosa del colon presentaba una apariencia mui particular por la inmensidad de estos puntitos apiñados que la cubrian. En el ciego habia unos puntos de distinta ulceracion.

• OBSERVACIONES.

Algunos escritores franceses han creido que la gastro-enteritis aguda, sub-aguda y crónica, es el origen de una gran variedad de enfermedades, particularmente de casi todas las modificaciones de los afectos disépticos y de todas las variedades de fiebre. Esta doctrina no ha recibido la conformidad de los médicos británicos, que difieren por motivos poderosos, fundados en hechos, en cuanto á la generalizacion y en cuanto á las causas.

1.º En hechos. Son insuficientes los que alegan los partidarios de Broussais, pues citan apariencias que no indican la enfermedad de la mucosa, y ménos una lesion capaz de producir enfermedades tan sérias y la muerte. Estas son las manchas rosadas, rojas, lívidas ó brunas de la mucosa, vasos dilatados, venas varicosas y pequeñas extravasaciones de sangre debajo de la membrana, y otras apariencias de color sin la mas ligera señal de alteracion de estructura. Tales apariencias está demostrado que existen en personas que

han sido ejecutadas (ahorcadas), ó ahogadas ó muertas de enfermedades sin ninguna conexion con desórden de los intestinos, y por tanto no pueden ser consideradas como indicantes de una condicion morbosa de la mucosa.

2.º En cuanto á la generalizacion. Bien que algunas de las apariencias que los partidarios de tal doctrina establecen, sean señales ciertamente morbosas, no existen uniformemente, esto es, no se hallan en todos los casos de las enfermedades de que ellos quieren que sean la causa. La inflamacion de la mucosa gastro-intestinal, aunque acompañe algunos casos de fiebre, falta absolutamente en muchos; hai pues una coincidencia accidental, no una relacion íntima como de causa y efecto entre tal lesion y la fiebre.

3.º Mas dando de barato que en todos los casos de fatal fiebre hubiera estas apariencias, resta probar que sean la causa y no el efecto de la fiebre. Parece de los hechos que el último aserto es el verdadero: 1.º, porque estas apariencias, segun está probado, faltan muchas veces: 2.º, porque en su aumento ó grado de su progreso no tienen relacion con el período de la fiebre; pues se ha hallado existiendo la lesion de la mucosa en grado mui ligero é incipiente en casos de fiebres mui malignas y en el último período, mientras que con frecuencia existe en un grado mui considerable, y aun es la causa de la muerte, sin que haya habido fiebre notable; y en mui raras veces proporciones con él.

Mas algunos escritores continentales han tomado una nueva vista del caso, y han descrito con el nombre de *Dothinenteritis* una afeccion que creen ser la inflamacion activa de las glándulas mucosas de Peyer ó folículos de Brunner. Esta *Dothinenteritis* parece, segun ellos, ser análoga á la fiebre maligna de Sydenham, fiebre de los hospitales de Pringle y tifus de Cullen, ó fiebre pútrida y petequial de otros escritores; eu una palabra, ellos pretenden que toda variedad de fiebre continua, intermitente y remitente nace de la inflamacion

de estos folículos. También describen como síntomas de la Dothineritis todos los fenómenos de la fiebre continua y maligna acompañada de alguna diarrea y alguna sensibilidad del abdomen. La apariencia morbosa consiste en que en el primer estado las criptas ó folículos parecen mas prominentes que lo natural, y están ligeramente inyectados, especialmente en la parte superior del canal, que á proporcion que la enfermedad avanza, se hacen los folículos mas prominentes, y la mucosa que los cubre y rodea se pone blanda; y en un período mas avanzado, pasa á ulceracion.

Es verdad que esto sucede en algunos casos de fiebre acompañada de diarrea y de sensibilidad morbosa del abdomen; mas de aquí no se infiere que exista en todos los casos de fiebre, ni ménos que sea la causa de ella. Así hai muchos casos fatales de fiebre en que no se encuentra absolutamente lesion alguna de la mucosa ó de sus folículos; y cuando encontramos estas lesiones, no han sido proporcionales al período de la fiebre, ó á la intensidad de sus síntomas (*).

METODO CURATIVO DE LOS AFECTOS DE LA MEMBRANA MUCOSA.

TRATAMIENTO DE LOS CASOS AGUDOS.—Si á la clase de enfermedad que acabamos de describir, damos el nombre de INFLAMACION de la membrana mucosa de los intestinos, es fácil hallar el principio fundamental del método curativo; mas si le damos el nombre de DISENTERIA, será mui difícil atinar con el camino en medio de tantas sendas que se han propuesto para llegar á la curacion de esta enfermedad. Partiendo de los hechos, podemos afirmar, que la disenteria es primariamente una inflamacion de la membrana mucosa de los intestinos, y que el principio fundamental en su tratamiento es el mismo que se aplica al de las otras inflamaciones.

(*) Véase Landini. Sur la Dothinerite. Revue medicale, 1826.

Mas para dirigir nuestra práctica, tengase presente que la inflamacion de todas las membranas mucosas existe algunas ocasiones en un cierto estado en que admite curacion espontánea, habiendo ciertas alteraciones de la secrecion de la superficie enferma en cuyo curso las partes recobran gradualmente su condicion saludable. De los remedios que entónces se administran, hai algunos que ayudan, otros inertes y otros que turban ó retardan este progreso del restablecimiento. Esto mismo sucede en los afectos de la membrana bronquial, pues hai ciertas formas aun de una extension considerable, en que la enfermedad cede á remedios triviales ó sin remedio alguno; miéntras que en un cierto período de este progreso, todo tratamiento activo no solo es inútil sino nocivo. Mas tambien hai otras formas de afeccion de la mucosa ú otros grados en que, si no se emplea mui temprano un tratamiento activo, son prontamente fatales.

Por el mismo principio no dudamos que la disenteria en todas sus formas y grados es un afecto inflamatorio de la membrana intestinal que existe en un grado en que admite curacion espontánea, y que á esto puede ayudarse por varios remedios de una especie poco activa; pero que tambien existe en otro grado en que, si no es tratada con la mayor actividad, puede ser prontamente fatal ó terminar por una ulceracion incurable.

Los principios generales del método curativo, parecen ser los siguientes:

- 1.º Sojuzgar la inflamacion.
- 2.º Calmar la irritacion general del canal.
- 3.º Corregir las secreciones morbosas de las superficies enfermas.

Primera. Para llenar la primera indicacion, úsense las sangrías general y tópicas, cuando somos llamados en el período adaptado á la deplecion, tambien los vejigatorios, los diaforéticos y el régimen antiflogístico. Esta práctica es conforme con la de los mejores médicos en la disenteria de varias partes del globo; como el Dr. Ballingall, Dr. Bampfield y otros muchos.

Tambien ha recibido la alta sancion del Sr. Jaime M'Gregor, bajo cuyas instrucciones se ha establecido el tratamiento médico de la disenteria en el ejército. Hai casos de disenteria, que, como algunos grados ligeros de perineumonia y bronquitis, pueden curarse sin sangrías; tambien pueden ocurrir en sugetos valetudinarios y debilitados, ó en combinacion con la fiebre maligna nerviosa, y pueden por esto no admitir un tratamiento activo; mas estas circunstancias solo introducen nuevas dificultades en el tratamiento de algunos casos, y no afectan el principio general que debe arreglar el método curativo de la enfermedad.

La sangría general conviene temprano cuando hai síntomas activos, y en personas que pueden soportarla. Mas cuando la general no puede ser aplicada, las locales son mui útiles. Aplíquense muchas sanguijuelas al vientre, ó al rededor del ano cuando el mal está situado en la parte inferior de los intestinos. Como diaforéticos, el mejor quizá es el polvo de Dover. La ipecacuana en dosis de 1 á 2 granos, tres ó cuatro veces al día, y el polvo de James de la misma manera administrado, han sido mui recomendados.

La segunda indicacion de calmar la irritacion, se llena por los mucilaginosos y opiados, particularmente por los polvos de Dover, quizá combinados con creta, y alimentos harinosos mui suaves y en mui corta cantidad á la vez. Este es punto mui esencial. Sebo disuelto en leche ha sido mui recomendado; y como un remedio favorito en tiempo de Sir Juan Pringle, la combinacion de cera amarilla y jabon de Castilla derretidos al fuego suave, y entónces bien frotados con agua. El baño tibio es mui útil, y una presion suave é igual del abdómen con un vendaje de franela es remedio mui recomendable como de mucha eficacia en todos los estados y formas de la disenteria.

Tercero. Para corregir la condicion enferma de la membrana, despues de haber sojuzgado la fuerza de los síntomas inflamatorios por los medios necesarios, hai varios remedios útiles segun los diferentes estados y

períodos de la enfermedad. Temprano son útiles las dosis de polvos de Dover de 5 á 10 granos combinados con un grano de calomel: al principio cada 4 ó 5 horas y despues en períodos mas largos. En los casos mas severos que ocurren en los países cálidos, el Dr. Ferguson ha recomendado fuertemente grano y medio de calomel con un grano de ipecacuana, cada hora, hasta afectar la boca, despues de lo cual la disenteria siempre cesa. En la disenteria de los trópicos, el calomel se da aun en dosis mayores, de 10 á 15 granos y aun 20 repetidos tres ó cuatro veces al dia y combinado generalmente con opio. Esta práctica puede ser favorable en la disenteria de los trópicos; mas en Inglaterra es nociva. Las pequeñas dosis de calomel combinadas con los polvos de Dover, segun he mencionado, es la práctica mejor adaptada á los primeros períodos de la disenteria. En los estados mas avanzados del mal, cuando la secrecion morbosa continúa despues de sojuzgados los síntomas inflamatorios, parecen útiles algunos remedios de una naturaleza astringente y tónica, v. g. la cusparia, el agua de cal, el óxido de bismuto, el ácido nítrico, el sulfato de alumina, el palo de campeche, el bálsamo de copaiba, el acetato de plomo y varias combinaciones de estos mismos remedios entre sí, y con pequeñas dosis de opio, especialmente un fuerte cocimiento de cusparia con ácido nítrico y láudano; y óxido de bismuto con cusparia y polvos de Dover. El carbon de leña ha sido mui recomendado, y combinado con el polvo de Dover, ha parecido útil al Dr. Abercrombie y Mr. Gillespie. El ácido nítrico combinado con los opiados es remedio mui digno de atencion, aun en los períodos tempranos del mal, despues de la evacuacion necesaria.

Si el mal está situado en la parte inferior del colon y recto, puede usarse de algunas sustancias en forma de inyeccion. Las mas útiles son, al principio los artículos mucilaginosos, ó sulú delgado con algunas gotas de opio; una infusion de tabaco ó de ipecacuana. Despues de pasar el estado inflamatorio, el Dr. Abercrom-

bie ha observado un beneficio decidido, aliviando el tenesmo con las inyecciones de agua de cal, al principio diluidas con parte igual de leche ó sulú delgado y con algunas gotas de opio.

Los purgantes no forman parte esencial del método curativo. Mas en casos en que el mal existe en la parte inferior de los intestinos y hai retencion de heces en las partes superiores, convienen laxantes mui suaves, v. g. dosis cortas de aceite de risino, ó sales neutras; y solo con el objeto de obviar la irritacion que proviene de la acumulacion de las heces. Entónces los purgantes promueven la evacuacion de materia fecal natural, no mejorando el estado del mal sino excitando la salida de materias que quedan acumuladas en la parte superior de los intestinos que está sana, y no influyendo en el estado de las inferiores que están enfermas. Cuidado con tomar estas evacuaciones como una resolucion del mal y seguir solo purgando. En los primeros períodos de esta modificacion de la enfermedad, conviene mucho cerciorarse por medio de la administracion de suaves laxantes que no hai acumulacion de heces en el tubo intestinal; pero muchas veces se nota de un modo satisfactorio, que los intestinos están limpios de materia fecal, aunque las evacuaciones sean enteramente de moco sanguinolento desde los primeros dias del mal. En estos casos los purgantes no tienen indicacion que llenar; al contrario, repetidos, son nocivos porque aumentan la irritacion, y porque el carácter morbozo de la secrecion nace del estado enfermo de las superficies secretorias que no se cura con los purgantes.

En la disenteria de Irlanda, segun el Dr. Cheyne, el remedio mas útil fué la sangría; el tratamiento mercurial fué ensayado en todas sus formas y muchas veces falló, y no mereció el mismo grado de confianza que en otros climas. Aun en casos en que la accion mercurial se mostró en la boca, falló á veces la curacion, y en casos en que estaba ya establecido el estado ulcerativo de los intestinos, el mercurio fué nocivo. En ca-

sos no acompañados de mucho dolor y fiebre, muchos se curaron con purgantes salinos seguidos despues de dos ó tres dosis de polvos de Dover. En muchos casos con fiebre y dolor de vientre, despues de las sangrías, este mismo método suave completó la curacion. En algunos casos los purgantes parecieron agravar los sufrimientos de los enfermos. Así el Dr. Cheyne cree que el mejor método fué la sangría seguida del uso del calomel y opio; y despues de esto, el bálsamo de copaiba y la dieta harinosa (*). “ Si yo volviera á tener dice Cheyne, los mismos casos á mi cuidado, no dudaria en dar opio en dosis de 4 ó 5 granos, porque fué el opio principalmente el que pareció detener el progreso de la inflamacion, y todo lo que en tal caso dió treguas al enfermo en sus agonías, fué á veces de un beneficio permanente.”

Mr. Annesley en su obra espléndida sobre las enfermedades de la India, conviene en la misma práctica que se ha establecido, excepto en el uso casi diario que este autor hace de los purgantes. El Dr. Annesley principiaba el tratamiento de la disenteria, en un paciente robusto, con una sangría general grande y despues tópica, y grandes dosis de calomel con opio ó polvos de Dover; en personas débiles usa de las sangrías tópicas, despues de algunas horas de un purgante de aceite de risino ó jalapa y crémor tártaro, y una inyeccion purgante. El calomel y opio los repite á diversos intervalos. Este método va acompañado de las fomentaciones tibias, baños tibios é inyecciones anodinas mui poco voluminosas. Pone un vejigatorio al abdómen, cuando lo cree necesario. Da un purgante todas las mañanas (†). En el estado adelantado del mal, cuando ya cree que hai ulceracion, se fia principalmente en el vejigatorio, las inyecciones anodinas, el polvo de Dover con el al-

(*) Es rara la conclusion del Dr. Cheyne, que yo nunca seguiria en estos paises cálidos, como en Carácas &c.—(Nota del traductor.)

(†) Esta parte es contrariada por Cheyne y Abercrombie.—(Nota del traductor.)

canfor y catechú, el ácido nítrico, y la aplicacion extensa al abdómen del ácido nitro-muriático disuelto.

Annesley desaprueba el uso empírico é indiscriminado del mercurio en todos los estados y condiciones de la disenteria. Da el calomel con opio en los primeros períodos y junto con los evacuantes. El dice: "Cuando el mercurio es dado en los últimos períodos del mal con intencion de afectar el sistema, ó cuando su administracion se continúa con esta intencion por mucho tiempo, muchas veces parece precipitar la enfermedad á un término fatal (*) induciendo ó manteniendo la fiebre irritativa y postrando los poderes vitales." Con respecto á la dificultad que muchas veces se experimenta de afectar la constitucion con el mercurio en los primeros períodos del mal, Annesley asegura que nace de una inflamacion activa, y que la apariencia de la accion mercurial en estos casos, muchas veces debe considerarse mas como una señal que como una causa de la resolucion del mal. El ha visto muchos casos de simple disenteria y de disenteria combinada con afectos del hígado, en que la accion mercurial despues de haber tenido su completo efecto, no solo ha dejado de producir mejoría, sino por el contrario ha acelerado la terminacion fatal. Aun en los casos mas suaves que se curan bajo los efectos constitucionales del mercurio, muchas veces hubo una convalecencia prolongada por la energía disminuida de los poderes vitales, ocasionada mas por el mercurio que por la enfermedad (†).

TRATAMIENTO DE LOS CASOS CRÓNICOS.—En la forma crónica de la enfermedad las condiciones morbosas con que debemos luchar, son ó la inflamacion crónica fungoidea, ó la ulceracion. El método es mui precario y pocos casos curan. Los remedios que la práctica ha acreditado de mas útiles, son los siguientes. El agua de cal, los amargos y astringentes vegetales, especialmente la cusparia y el campeche; preparaciones de

(*) Esto es exacto.—(Nota del traductor.)

(†) Esto último es contrario á la experiencia y á los principios.—
(Nota del traductor.)

hierro ; pequeñas cantidades de mercurio con opio, especialmente calomel, con polvos de Dover ; pequeñas dosis de calomel con opio é ipecacuana ; las resinas como trementina, bálsamo de copaiba ó de tolú con pequeños opiados ; azufre con opio ; ácido nítrico ; varias combinaciones de estos remedios entre sí ; un fuerte cocimiento de cusparia con ácido nítrico y láudano.

Los vejigatorios repetidos en el abdómen son mui útiles, así como el vendaje de franela y el baño de agua tibia salada. El sulfate de cobre ha sido últimamente recomendado por el Dr. Greenville en varios afectos mui prolongados de los intestinos, y el Dr. Abercrombie que lo ha ensayado cree que es mui digno de atencion. Se administra en dosis desde el medio grano con medio grano de opio, aumentando gradualmente, si es necesario, hasta la dosis de tres granos con medio grano ó un grano de opio tres veces al dia.

La dieta es la parte principal y esencial del régimen.

Leche y harinosos y nada mas deben constituir esta.

INFLAMACION DE LA MEMBRANA MUCOSA EN LOS NIÑOS.

La inflamacion aguda de la mucosa intestinal es una enfermedad frecuente de los niños á la edad de seis á ocho meses (y aun mas adelante). Aunque los principios generales se aplican á ella como en los adultos, vamos á describirla por separado. Conviene distinguirla en su primer período del desorden producido en los niños por la denticion. El principal signo que debe tenerse presente, es que la enfermedad en cuestion es febril (*).

El niño está por lo comun caliente é inquieto con sed, la lengua seca y cubierta de saburra bruna ; por lo comun los niños gritan mucho, se espantan, tienen el sueño turbado, frecuentemente vomitan, muchas ve-

(*). Sin embargo en niños irritables suele haber en la denticion cámaras con fiebre.—(Nota del traductor.)

ces la presión del vientre parece que les incomoda. Hai evacuaciones, mas esto no es siempre un síntoma prominente, pues aun en un estado adelantado del mal, suele no haber mas que tres ó cuatro evacuaciones en las 24 horas, mientras el mal avanza á una terminacion fatal. Con todo, este síntoma es otras veces mas urgente, siendo las evacuaciones mui frecuentes y estando precedidas de mucha inquietud y apariencia de dolor, y saliendo la evacuacion con mucha fuerza y á una distancia considerable. Las evacuaciones varían mucho en la apariencia y nunca Abercrombie ha podido fijar un carácter satisfactorio de la evacuacion capaz de servir para marca del mal. A veces son de un moco bruno rojizo, otras de un material pálido color de arcilla y en ocasiones de líquido oscuro. Mas en muchos casos apénas se desvian del estado sano, mientras que en otros su apariencia se oculta ó modifica por los artículos del alimento que pasan casi sin alteracion. La enfermedad marcha muchas veces por algun tiempo sin excitar alarmas, ó sin distinguirse de una diarrea ordinaria hasta que los síntomas constitucionales indican un estado grave. Estos son : mucha opresion febril, lengua seca crapulosa, sed y vómito ; otras veces hai un repentino y rápido hundimiento de los poderes vitales que sorprende y no puede ser explicado por la frecuencia de las evacuaciones. Muchas ocasiones la primera apariencia de un síntoma desfavorable consiste en la ocurrencia rápida del coma con un semblante peculiar y hundimiento de los ojos, aspecto pálido de cera de todo el cuerpo, mientras el pulso subsiste con alguna fuerza. Estos síntomas pueden apareccr á poco tiempo de existir el mal, mientras las evacuaciones todavía no son frecuentes, ó estas no han podido discriminarse de los desórdenes comunes de vientre que padecen los niños.

~ No se conocen las causas de este mal ; aparece en el período de la denticion y muchas veces al tiempo del destete. La fatal terminacion es, ó por un hundimiento peculiar y rápido de los poderes vitales, ó por el

coma. Las apariencias en la diseccion son casi uniformes. En varias partes de la superficie interna del intestino, especialmente en el ileon, hallamos manchones irregulares de inflamacion sensiblemente elevados sobre el nivel de las partes vecinas, y generalmente cubiertos, ó de vejiguillas ó de ulceritas mui menudas. La enfermedad parece en general fatal en el estado temprano, sin pasar, como en los adultos, á una ulceracion mas decidida ó terminar por la peritonitis. En los casos que concluyen por el coma, se halla efusion en el cerebro, y esta terminacion es muchas veces precedida de una disminucion mui notable de la secrecion de la orina, que casi toca en muchos casos en una completa supresion. Esta terminacion parece tener una completa analogía con la *ischuria renal*, que termina por lo comun en coma, despues de haber continuado la supresion dos ó tres dias.

Es mui difícil saber cuál es el mejor tratamiento, porque en los casos que tienen un resultado favorable, es dudoso asegurar que pertenecian efectivamente al mal en cuestion.

Cuando hai vómito, un ligero emético es útil en el principio (*). El polvo de Dover con creta, las lavativas opiadas, las fricciones estimulantes ú opiadas al abdomen, baños tibios, pequeñas dosis de calomel con polvos de Dover, forman el tratamiento. En algunos casos el uso libre de la digital, así como el vejigatorio al vientre, son mui útiles. Cuando el mal viene con fuerza, las sangrías tópicas son mui necesarias al principio. En el estado avanzado, cuando hai hundimiento, el vino es útil. Cuando hai vómito urgente, el vejigatorio al epigástrico es el remedio mas eficaz; y algunas dosis pequeñas de amargos vegetales con el óxido de bismuto tambien asientan en el estómago. En la forma crónica mui prolongada nada es tan útil como el agua de cal.

(*) Yo me guardaré de observar esta práctica, que he visto seguida del ileus ó intus-sucesion. - (Nota del traductor.)

PARTE III.

DEL ILEUS,

El cólico y el ileus son dos grados ó estados diversos de la misma enfermedad; así pueden tener un mismo nombre.

SÍNTOMAS.—En el primer período, dolor de tripas, retortijones con vehemencia al rededor del ombligo, estreñimiento obstinado, y generalmente vómitos, sin fiebre, y por lo comun al principio *sin terneza ó sensibilidad aumentada al tacto*; por el contrario, *el dolor parece aliviarse con la compresion*.

Si avanza el mal y no se consigue alivio, el abdómen se pone tenso, condolido y timpanítico: el vómito á veces se hace fecal con severos retortijones, muchos sufrimientos y rápida postracion de fuerzas.

De este modo la enfermedad puede ser fatal sin inflamacion, ó en un período avanzado puede pasar á la inflamacion y ser fatal por la gangrena.

Así es que el ileus puede ser: 1.º, simple sin ninguna enfermedad previa: 2.º, puede venir acompañado de enfermedad muscular sin obstruccion mecánica: 3.º, puede presentarse acompañado de obstruccion mecánica.

SECCION I.

1.º—EL SIMPLE ILEUS PUEDE SER FATAL EN EL ESTADO DE DISTENSION SIN INFLAMACION.

Caso 1.º—El ataque principió con síntomas que parecian de cólera morbus y pasaron prontamente á los del ileus; siguieron todos los del ileus con abdómen inflado, tenso y timpanítico, hundimiento de fuerzas y muerte. La inspeccion cadavérica presentó los intestinos delgados en estado de distension, grande y uniforme, sin ninguna apariencia de inflamacion.

Caso 2.º—Violento dolor en la parte superior del abdómen, que se extendia al lado izquierdo del vientre y *que á veces se aumentaba por la presion*, vómito fre-

cuenta y violento, estreñimiento obstinado, vientre inflado y tenso, lengua blanca, fuerte dolor en el ombligo, despues vómito con hipo, incesantes gritos por la violencia del dolor, hipo frecuente, ninguna cámara á pesar de los purgantes, vientre distendido y condolido, vómitos continuos, pulso hundido, dolor mui disminuido, muerte.

OBSERVACIONES.—Aquí hai un tren de síntomas que harian creer á cualquier médico que la inflamacion habia terminado por gangrena. Con todo, la inspeccion anatómica presentó el colon y las últimas doce pulgadas del ileon, vacíos, contraídos y de color blanco. Todo el resto de los intestinos delgados distendidos al extremo, de modo que las únicas parecian mui delgadas y transparentes, apénas con algunas manchas de un rojo vivo, mas sin apariencia alguna de exudacion. La terminacion *por hundimiento repentino y cesacion del dolor*, parecidos á la terminacion por gangrena, y sin haber una *apariencia inflamatoria* bastante para una terminacion fatal, y una sensibilidad ó *aumento de dolor á la presion* sin dicha inflamacion, indican bien que debemos ser circunspectos para pronunciar en los casos de ileus la presencia de la inflamacion fundándonos en dichos síntomas.

2.º—EL ILEUS PUEDE SER FATAL CON DISTENSION Y UN COLOR LÍVIDO OSCURO DE LAS PARTES SIN DESORGANIZACION.

Caso 3.º—Una mujer con todos los síntomas de ileus, mas con el *vientre natural al tacto y sin ningun grado de terneza ó sensibilidad aumentada*, hundimiento y muerte.—INSPECCION ANATÓMICA. Colon y parte inmediata del ileon buenos, vacíos, contraídos y de color blanco, la porcion siguiente arriba del ileon, como 18 á 24 pulgadas, de un lívido oscuro ó bruno y aun casi negro, mas sin desorganizacion ó blandura, y sin exudacion: el resto de los intestinos delgados, mui distendidos y con manchas aplomadas ó lívidas oscuras.

OBSERVACIONES.—Hubo inflamacion pasando á la gangrena; no hubo exudacion. Obsérvese tambien que

no estuvo el vientre dolorido al tacto á pesar de tanta inflamacion como presentó la diseccion.

3.º—EL ILEUS PUEDE SER FATAL POR LA GANGRENA SIN EXUDACION.

Caso 4.º—Un niño de 12 años se presentó con síntomas de ileus, el abdómen estaba inflado, el pulso á 50. Al dia siguiente el pulso levantó á 120 con aumento de dolor, tension y estado dolorido del abdómen al tacto. Ningun remedio lo alivió; así los purgantes, las sangrías, &c.^a fueron inútiles, sobrevino hundimiento, frialdad del cuerpo y murió. La diseccion mostró los intestinos delgados algo distendidos, la porcion derecha del colon en un estado de gangrena, particularmente el ciego que se habia reventado y vaciado en el abdómen mucho escremento líquido. El tubo parecia haber estado mui dilatado, y que despues de haberse vaciado por la rotura, no se habia contraido, sino se habia quedado chato, con una superficie mui ancha como una bolsa vacía: ninguna exudacion inflamatoria. Los demas intestinos contraidos, vacíos y de color natural blanco.

4.º—EL ILEUS PUEDE SER FATAL POR GANGRENA COMBINADA CON EXUDACION.

Caso 5.º—Síntomas del ileus con abdómen tenso, duro y dilatado, vómito incesante, dolor severo en el ombligo, semblante deprimido y ansioso. A los cuatro dias vino la muerte con mucho dolor, vómito y dilatacion del vientre.—INSPECCION ANATÓMICA. Intestinos mui dilatados, transparentes y delgados, con partes mui inflamadas, gangrenosas y que se reventaban con el manoseo; en otras partes los intestinos estaban casi negros, pero mas firmes; una porcion en el medio de los intestinos vacía, contraída, de color blanco y sana, á la que seguia otra porcion inflamada, gangrenosa y adherente con extensa exudacion. El ciego y colon contraidos, vacíos, blancos y sanos, excepto la extremidad del colon y aun cerca del recto que tenia heces.

SECCION II.

El ileus puede venir acompañado de enfermedad previa, de tal naturaleza que obre desordenando el poder muscular sin obstruccion mecánica.

1.º—EN ESTOS CASOS SUELE PRESENTARSE ESTE MAL ACOMPAÑADO DE UNA ADHERENCIA VIEJA DEL INTESTINO, DE PEQUEÑA EXTENSION.

Caso 6.º—El enfermo estuvo padeciendo mucho tiempo accesos de vómitos con mucho estreñimiento, de los que quedaba bueno en intervalos, hasta que en un acceso se declaró un ileus, con todos sus síntomas, que terminó por un semblante cadavérico y exhausto, cuerpo frio, pulso extremadamente débil, dolor vehemente en el abdómen que se aumentaba con la presion, mucho vómito y muerte.—INSPECCION ANATÓMICA. Intestinos delgados, uniformemente dilatados y con alguna rubicundez. Desde el ciego la extremidad del ileon tomaba una vuelta abajo á la pélvis, y estaba adherido á las paredes de esta por una union vieja de algunas pulgadas sin contraccion alguna en su calibre. El ileon desde allí hasta la extension de 20 á 24 pulgadas, mui inflamado y gangrenoso con adherencias extensas y resistentes.

Caso 7.º—Un jóven de 24 años que habia estado sujeto á ataques de dolor en el abdómen, que afectaban primitivamente el lado derecho, y continuaban algunas horas repitiendo á veces todas las tardes por el espacio de algunas semanas, y dejando al enfermo por mucho tiempo libre de ellos, hasta que en uno de estos accesos se estableció un verdadero ileus, con semblante pálido, frio, exhausto; vientre timpanítico, vehemente dolor y muerte.—INSPECCION ANATÓMICA. Intestinos delgados inflados, con porciones inflamadas, con exudacion de falsas membranas, y otras porciones oscuras aproximándose á la gangrena. El colon derecho tenia tan rara posicion, que la superficie del ciego estaba en contacto con la del colon ascendente inmediatamente encima de él, y adherido á este intestino por cerca de

dos pulgadas; la adherencia era mui firme y vieja. Las partes concernidas no estaban espesadas, el colon y ciego estaban en todo otro respecto sanos.

2.º—CON ADHERENCIA VIEJA DE LAS PARTES CONCERNIDAS EN UNA HERNIA.

Caso 8.º—Un hombre con doble hernia inguinal de mucho tiempo y de fácil reduccion, sujeto á violentos paroxismos de dolor en el abdómen, durante los cuales las hernias eran por lo comun forzadas afuera. En uno de estos accesos tenia las hernias fuera, mas eran fácilmente reducidas y volvian á salir inmediatamente á pesar de estar acostado de espaldas; mucho vómito, dolor violento en el abdómen que estaba duro y sensible al tacto, pulso á 120, débil é irregular; semblante decaido. Se habian conseguido evacuaciones con las lavativas. Muerte á la noche.—INSPECCION ANATÓMICA. Las dos hernias completamente reducidas y sin adherencia á los sacos cuyas entradas estaban grandes y libres. Los sacos espesados, y el izquierdo inflamado y esfacelado. Los intestinos delgados hasta la mitad del ileon mui inflados y en muchos lugares inflamados y agangrenados. La enfermedad se paraba en la parte del ileon que habia formado la hernia derecha; las superficies de esta porcion en que la asa habia estado en contacto en la hernia, tenia con ella una fuerte y antigua adhesion de tres pulgadas. Las tónicas de la asa intestinal en este sitio apénas estaban espesadas, mas sin disminucion de sus calibres.

3.º—CON UNA BANDA DELGADA DE ADHESION ENTRE DOS PORCIONES CONTIGUAS DEL INTESTINO.

Caso 9.º—Un niño de 8 años murió de ileus con vientre inflado, timpanítico, vómito frecuente y estreñimiento tenaz, pulso frecuente y débil, semblante mui decaido.—INSPECCION ANATÓMICA. Los intestinos delgados estaban extremadamente inflados hasta el punto del ileon en que se halló la siguiente causa. Entre dos asas de intestino habia una cintilla angosta de adheren-

cia, de una pulgada de largo, de formacion vieja. La porcion comprendida en la adherencia estaba sana, y parece que obró impidiendo el movimiento peristáltico libre de los intestinos, porque en la adherencia inferior de la cintilla el intestino estaba tirado á un lado y arrugado ó plegado, y en esta parte cesaba la inflamacion, y el tubo estaba blanco y vacío, sin obstruccion y sano.

4.º—SE PRESENTA CON UNA TORCEDURA SINGULAR DE LA S DEL COLON SOBRE SÍ MISMO.

Caso 10.—Ileus con la mas enorme inflacion de vientre, pero que permitia la presion en cualquiera de sus partes y sin dolor; vino la muerte.—INSPECCION ANATÓMICA. Al abrir el abdómen se creyó que el estómago estaba dilatado á tres ó cuatro tantos de su volumen natural; mas examinando bien, se halló ser la S del colon prodigiosamente dilatada que subia hasta la region del estómago y ocupaba la mitad del abdómen. El estómago é intestinos delgados en su parte superior estaban sanos, la parte inferior estaba distendida con algunas manchas gangrenosas. El colon tan inflado que en algunos lugares tenia de cinco á seis pulgadas de diámetro. La S del colon estaba inflada segun queda dicho, y de un color lívido oscuro. La causa notable de esta enfermedad, pareció ser que la S del colon habia tomado una vuelta singular sobre sí misma, de modo que lo que es naturalmente su lado derecho quedaba para la izquierda en contacto con el colon descendente, y lo que es naturalmente su lado izquierdo, pasaba delante de aquel (el lado derecho) para situarse al lado derecho, y con esta trasposicion el recto (esto es, el punto entre el término de la S y el principio del recto) estaba torcido en la mitad de su calibre. En el mismo punto de la torcedura cesaba de repente la inflacion, y el color oscuro del intestino enfermo; y el resto del intestino seguia blanco, contraido y sano. En esta torcedura no habia obstruccion mecánica, el intestino estaba perfectamente pérvio.

En este caso pasó Abercrombie una bola de marfil

con su puntero hasta mas arriba del lugar á que correspondia la torcedura, conocido esto no solo por la longitud que habia entrado, como por la sensacion de pequeña dificultad que se notó al tiempo de la operacion y que fué fácilmente superada. Tambien introdujo un pedazo de tripa en el recto y lo infló con agua. Estas dos operaciones las hizo tres dias ántes de la muerte para conseguir alguna evacuacion, y nunca se verificó.

5.^o—ACONTECE CON UNA BANDA LIGAMENTOSA QUE CONFINA CON UNA PORCION DEL INTESTINO EN LA BOCA DEL SACO HERNIARIO.

Caso 11.—Un hombre de 53 años tuvo vómitos con incomodidad de los intestinos, que lo afectaba del modo siguiente: principiaba con una sensacion de conmocion que salia de la parte inferior del vientre al lado izquierdo, corria gradualmente hasta llegar al estómago, y entonces vomitaba cuanto habia tomado desde el ataque anterior. Esto le acometia varias veces en el dia, sin período fijo, y el mal duró quince dias. Antes habia padecido quince años una hernia de fácil reduccion. Nunca habia usado braguero sino pocas semanas ántes del último ataque, y desde entonces no habia salido la hernia, mas sí experimentó desde luego los dichos ataques. Estreñimiento tenaz, emagracion, debilidad, violentos paroxismos de dolor en el abdómen; se conseguia evacuacion por medio de los purgantes; murió por una consuncion gradual y cerca de diez semanas desde los ataques de vómitos.—INSPECCION ANATÓMICA. La hernia era femoral, una porcion de la S del colon estaba adherida á la boca del saco, y una banda fina ligamentosa unida por sus dos extremos á la misma entrada del saco, rodeaba al intestino en esta parte sin disminuir su calibre, y las tónicas allí estaban sanas. Habia intus-suscepcion en dos lugares de los intestinos delgados, y la parte inferior del ileon estaba inflamada. El píloro estaba duro y su superficie interna y la del estómago mui crecidas.

SECCION III.

El ileus puede venir acompañado de obstrucción mecánica, ú otras alteraciones orgánicas en la estructura de las partes.

1.º— EN ESTOS CASOS SUELE PRESENTARSE ACOMPAÑADO CON HERNIA Y ANO ARTIFICIAL.

Caso 12. Una señora tuvo un ano artificial consiguiente á una hernia estrangulada en la íngle derecha. Este ano artificial continuó abierto mucho tiempo, y despues se cerró gradualmente. Diez años despues de esto tuvo otro ataque de hernia que fué reducido sin operacion; mas quedó sujeta á ataques de dolor en el abdomen con estreñimiento, hasta que en uno de ellos se formalizó el ileus con todos sus síntomas. En el punto de la cicatriz del ano artificial, habia un tumorcillo pastoso que salia debajo del arco crural, que se reducía fácilmente y que permitía tocar todo el anillo libre. No pudiendo obtener alivio con ningun remedio, se procedió á abrir la cicatriz. La incision abrió un viejo saco herniario que adhería íntimamente á las partes que le rodeaban. Al lado externo del saco habia una sustancia como un tercio de pulgada de diámetro, que saliendo por debajo del arco crural, se adhería fuertemente por una extremidad al fondo del saco sin estrangulación, quedando el paso al rededor de él y debajo del arco crural enteramente libre. Este cuerpo era un proceso del intestino cuya extremidad muy adherida á la cicatriz, habia formado evidentemente la comunicacion entre el ano artificial y la asa del intestino de que procedía. Este apéndice del intestino fué abierto accidentalmente al hacer la incision externa y despues se dilató con mas libertad, y se introdujo por allí el dedo al interior del intestino en todas direcciones sin hallar ninguna obstrucción. Con todo, los síntomas continuaron, vino el vómito estercoral y la muerte.—INSPECCION. Una pequeña porcion del ileon era la que estaba empuñada en el saco herniario. Las paredes de esta porcion

del intestino estaban un poco espesadas sin obstruccion alguna, ni disminucion de su calibre. Arriba, los intestinos delgados estaban mui dilatados sin ninguna otra mutacion de color ó estructura.

2.º—PUEDE TAMBIEN VENIR ACOMPAÑADO DE HERNIA INTERNA.

Tales son tres casos que marcaremos con los números 13, 14 y 15 de ileus mui severos y seguidos de la muerte, en que el mal nació de la estrangulacion de un pedazo de intestino por un anillo preternatural de una banda ligamentosa del omento á la orilla de la pélvis, (número 14); ó por una brida formada entre el apéndice vermiforme y una masa de glándulas enfermas del tamaño de un gran huevo, en el lado derecho á la raiz del mesenterio al nivel del ciego (caso 15), y la adherencia de una porcion intestinal á una masa de gánglios enfermos en dos puntos diversos, dejando un anillo por donde pasó una asa de intestino (caso 13). Es pues por estas adherencias preternaturales de antigua formacion que un dia ú otro se puede estrangular una porcion de intestino que se inflama y agangrena, ó que sin agangrenarse afectando la accion muscular de los intestinos produce una distension mayor ó menor, su parálisis y la muerte.

3.º—OCURRE EL MAL CON UNA INTUS-SUSCEPCION.

Los síntomas entónces son vehementes, hai dolor en algunas partes del vientre, vómitos continuos, á veces cámara mucosa sanguinolenta; el vientre por lo comun no está inflado ni dolorido al tacto, muchas veces ni aun tenso, aunque en el progreso del mal puede sobrevenir la tension y dolor al tacto; el pulso frecuente y pequeño, mucha inquietud, ansiedad y depresion.

Caso 16.—Se presentó una mujer de 32 años en la que se encontraron los intestinos delgados mui dilatados; desde tres pulgadas de la extremidad del ileon, principiaba la invaginacion que era de mas de 18 pulgadas del mismo ileon con el ciego. Las partes inva-

ginadas estaban agangrenadas y reducidas al estado de una pulpa blanda.

Caso 17. En un jóven de 17 años se hallaron los intestinos delgados mui inflados y agangrenados en varias partes, con una invaginacion del ileon de 8 pulgadas que estaban mui blandas y gangrenosas, y mas allá de la invaginacion habia mucha sangre coagulada.

En el caso 18 de un niño de 2 años, habia una invaginacion grandísima, principiaba en la mitad del arco del colon, y la parte invaginada é invertida que interesaba el resto del colon, el ciego y parte del ileon era de 38 pulgadas, y la porcion asomada por el ano era el ciego. La porcion invertida del colon estaba lívida, oscura y blanduja, el ileon estaba sano; junto con el mesenterio habia tambien una porcion del omento invaginada.

Los casos 19 y 20 son análogos; uno al de invaginacion del ileon en el ciego; otro al de introduccion de una porcion del colon y del ileon en la parte inferior del mismo colon hasta llegar á la flexura sigmoidea. Las partes invaginadas estaban infladas y con tendencia á la gangrena.

4.º EL ILEUS SUELE VENIR ACOMPAÑADO DE OBSTRUCCION POR UN CALCULO BILIARIO.

Caso 21.—Un hombre de 45 años sujeto á paroximos repetidos y violentos de dolor, seguidos de ictericia y que se suponian proceder de cálculos biliares. En uno de estos paroximos de violento dolor y vómitos, ó de dolor en la vejiguilla de la hiel ó en todo el abdómen, con pulso frecuente y todos los demas síntomas del ileus, sobrevino la muerte.—INSPECCION. Toda la parte superior de los intestinos delgados se halló inflada é inflamada con mucha exudacion linfática, la parte inferior vacía, contraída y de una apariencia sana. En el punto en que cesaba la distension, se halló un cálculo biliar de cuatro pulgadas en su mayor circunferencia y tres en su menor. El ducto colídoco estaba tan dila-

tado, que admitia un dedo. La vejiga de la hiel estaba inflamada, blanda y parcialmente desorganizada.

5.º ILEUS ACOMPAÑADO DE LA CONTRACCION DEL CALIBRE DEL
INTESTINO.

Caso 22.—Dolor en un punto del abdomen no muy fuerte, en un hombre de 70 años, ileus despues y muerte.—INSPECCION. Todos los intestinos delgados y el colon uniformemente distendidos. La segunda vuelta de la S del colon, como en pulgada y media, estaba muy espesada en sus paredes y tan contraida, que apenas permitia paso al dedo meñique, y la superficie interna de esta porcion estaba cubierta de excrecencias hongosas, como granulaciones; habia mucho excremento acumulado en la porcion de mas arriba.

Caso 23.—De una mujer de 60 años con frecuente incomodidad en los intestinos, mucha flatulencia y estreñimiento; los síntomas no eran violentos, no habia fiebre ni dolor fijo, ni sensibilidad aumentada, poco vómito, mucho estreñimiento, muerte por agotamiento.—INSPECCION. Todos los intestinos estaban muy inflados con algunas manchas de inflamacion reciente y alguna exudacion linfática. El recto, cerca de 4 pulgadas distante del ano, estaba tan contraido, que no daba paso á la punta del dedo meñique. Detrás de la porcion contraida habia una masa de ganglios enfermos, y encima una sustancia chata que pasaba por delante de la parte contraida comprimiéndola y atándose por ámbos lados á la masa que estaba detrás; mas las tunicas de los intestinos estaban sanas.

Caso 24.—Una mujer de 63 años con vómitos á veces, estreñimiento sin dolor en el abdomen por algun tiempo: vomitaba los purgantes y mantenía el vientre libre por medio de lavativas. Murió por una consuncion gradual al cabo de tres meses de sufrimientos.—INSPECCION. El ileon estaba distendido y de color oscuro; su extremidad hácia el ciego tan contraida que apenas daba paso al dedo meñique.

Caso 25.—Una niña de 14 años con síntomas de

ileus, pulso rápido y débil, semblante ansioso y agonizante, abdómen dilatado, timpanítico y sensible al tacto, vómito frecuente, cámara solamente de moco: muerte. **INSPECCION.** Todos los intestinos estaban extremadamente dilatados, de color lívido y con alguna exudacion de falsas membranas: este estado terminaba de repente como á 10 pulgadas de la extremidad inferior del ileon; y el recto tenia un color sano, pero estaba mas espeso que lo natural, firme, carnoso y de una figura tortuosa y como plegado. La porcion así plegada se componia de muchas pequeñas vueltas adheridas entre sí de un modo mui firme, y todas estas vueltas estaban cubiertas de una falsa membrana lisa y uniforme que arropaba los dichos pliegues ó vueltas. Quitada la falsa membrana y desplegada la porcion del intestino, estaba sano en sus paredes.

6.º ILEUS CON OBSTRUCCION NACIDA DE UNA ESTRECHEZ EN EL ARCO DEL COLON CON TIMPANITIS GENERAL.

Caso 26.—Es de un jóven de 24 años sujeto á estreñimiento é incomodidad de los intestinos, aumento de vientre, pulso mui pequeño, enflaquecimiento, á veces vómitos, vientre tenso y algo sensible: muerte por agotamiento.—**INSPECCION.** En el medio del colon una estrechez considerable que apénas admitia el dedo meñique pasado del lado izquierdo al derecho en que habia como una válvula, formada por la mucosa que apénas dejaba un pequeño paso. De la estrechez abajo, el tubo estaba tan contraido que no pasaba el dedo meñique; de la estrechez arriba, estaba dilatado á mas de doce pulgadas de circunferencia hasta el mismo ciego, y henchido de heces.

DOS CASOS QUE ILUSTRAN LA PATOLOGÍA DEL ILEUS.

Caso 27.—Un hombre de 40 años tuvo vómitos y los intestinos fueron evacuados con moderación: al día siguiente fiebrequita, dolor en los intestinos, abdómen tenso, vómito, á veces nõ urgente. Tomó un purgante

que produjo algunas evacuaciones acuosas oscuras sin alivio, hubo agotamiento de fuerzas, pulso mui rápido, sudor sincóptico, extremidades frias, abdómen mui distendido y timpanítico, con alguna sensibilidad á la presión, mas no dolor agudo excitado por esta. Siguiéron los vómitos y alguna evacuacion; muerte.

La inspeccion mostró una gran distension timpanítica de todo el canal intestinal hasta el mismo recto, con algunas manchas rojas subidas, otras lívidas aplomadas, mas sin degeneracion en su estructura.

Caso 28.—Un hombre de 50 años con vómitos, dolor en el lado derecho del abdómen que estaba duro, inflado y mui sensible al tacto, mucho estreñimiento que resistió á los mas fuertes purgantes. La aplicacion del galvanismo al vientre por el Sr. Clarkson, era casi inmediatamente seguida de evacuacion copiosa de los intestinos y continuaba diariamente por diez dias con el mismo resultado uniforme. Algunos minutos despues de la aplicacion empezaba por lo comun una conmocion de los intestinos con ruido, y seguia inmediatamente la evacuacion. El caso curó con la continuacion del galvanismo.

INDUCCIONES PATOLÓGICAS Y PRÁCTICAS DE LOS HECHOS PRECEDENTES.

En el primer período en que se ha podido examinar la condicion de las partes afectas en un caso fatal de ileus, parece este consistir en un estado de simple distension, sin ninguna mutacion visible en la estructura de las partes (caso 1.º). Cuando el mal es mas adelantado, la parte distendida está teñida de un color rojo vivo, sin ninguna mutacion sensible de textura (caso 2.º) Todavía mas avanzado, presenta el mal un color lívido ó aplomado sin sensible mutacion de textura (caso 3.º) En un estado todavía mas avanzado pasa á la gangrena (caso 4.º) Es probable que todos estos grados de la afeccion existen en la túnica muscular, pues se presentan en muchos casos sin ninguna apariencia de peritonitis (caso 5.º;) y tambien puede combinarse

con la peritonitis viuiendo la gangrena junto con la exudacion de falsas membranas.

Mas ¿cuál es la condicion de la accion muscular de los intestinos durante el progreso de estos cambios morbosos? Es evidente que en el estado mas avanzado la causa es la completa destruccion de la accion muscular, pues abriéndose el tubo y vaciando el aire que contiene, se ve que ha perdido toda su contractilidad, (caso 4.º) Esta pérdida de contraccion no solo se ve cuando ya hai gangrena, sino aun en un estado mucho ménos adelantado de la enfermedad (caso 12.) En este caso, aun abierto el intestino á fuera, se notó que no habia evacuacion á pesar de estar su calibre expedito y haber en él gas y humos, á causa de no tener poder prepulsivo. Lo mismo se vió en el caso 10, en que dilatado el recto por varios medios mecánicos, nunca se consiguió la evacuacion. Esto tambien se ilustra con el caso 28, en que un estreñimiento que resistió á los purgantes mas activos y estaba acompañado de una distension evidente y dolorosa, cedió á la repetida aplicacion del galvanismo.

Mas en los casos fatales de ileus generalmente se ve una parte del intestino en estado de distension y otra vacía, contraida como un cordón. ¿Cuál es la parte enferma ó el sitio de la enfermedad? Algunos han creido que es la parte contraida y han explicado los fenómenos enfermos por la doctrina del espasmo; esto no está fundado en los hechos; por el contrario, la parte dilatada es la enferma. Las razones de considerarlo así, son las siguientes: 1.ª el estado contraido del intestino parece ser el natural cuando estando sano, está vacío. Así se ve en los intestinos de los niños muertos de ileus: tambien se ve en la vejiga y en otros tegidos musculares huecos: 2.ª En varios casos, y particularmente en el caso 29, el estado de distension uniforme con lividez puede ocurrir como una enfermedad primitiva sin apariencia de obstruccion en ninguna parte: 3.ª En los casos de ileus, las partes contraidas se hallan casi invariablemente en un estado sa-

no en los diversos períodos del mal, mientras que las apariencias morbosas, v. g. inflamacion, lividez, exudacion y gangrena, casi siempre existen en las porciones dilatadas : 4.^a En el caso 12, toda obstruccion hacia abajo habia sido removida, y las partes hacia arriba estaban sanas ; y sin embargo la accion de los intestinos estaba enteramente suspendida : 5.^a En el caso 28 la causa que produjo el mal de un modo tan uniforme, solo pudo obrar en la porcion cuya accion estaba turbada, no en la porcion contraida espasmódicamente : 6.^a En los casos 6, 7 y 8 la distension nacia de causas del todo diversas de la contraccion peculiar de que se trata ; mientras que en los casos 9, 10 y 21 en que la enfermedad provino distintamente de una causa mecánica, esta contraccion existia debajo del asiento ó lugar de la obstruccion ; y no se puede suponer que tuviese alguna parte en la causa de la enfermedad. En el caso 10 la porcion contraida se dilató libremente y muchas veces en el curso de la enfermedad, sin producir el efecto de aliviar las partes que estaban mas arriba.

Las partes dilatadas son pues el sitio del mal. El autor explica la teoría del ileus de este modo : supone ó cree que la accion regular del tubo intestinal exige una accion armoniosa de contracciones y dilataciones sucesivas de las diversas porciones, y que cuando esta falta, se desordena la accion muscular y viene el mal. La porcion número 1.^o, por ejemplo, fuerza sus contenidos á la porcion número 2.^o y esta á la número 3.^o y así en adelante. Si mientras se contrae la número 1.^o, la del número 2.^o siguiente no se contrae á su turno despues de recibir estos contenidos, el resultado es que ó allí se van acumulando y la porcion va dilatándose, ó si es bastante para forzar los materiales hasta la del núm. 3.^o, puede continuar la accion. Si la porcion número 4.^o se contrae á su turno y encuentra obstáculo á la dilatacion de la porcion siguiente número 5.^o, entonces forzará de un modo invertido á las porciones superiores como en el caso 11 y otros. A

veces puede haber una pequeña dilatacion en una porcion que no impida el curso regular de la accion, mas cuando hai mayor acumulacion de materiales ó gases, entónces la dilatacion es mayor y puede venir un ileus fatal en personas expuestas á ligeros ataques de dolor cólico y otros síntomas con períodos indeterminados.

De esta especie son los casos 6, 7 y 12 en los dos primeros, de los cuales debe observarse que no hubo obstruccion mecánica. En estos casos debe tambien notarse, que aunque la accion sana esté interrumpida, con todo puede á veces pasar una parte de las materias contenidas. En el caso 11 se conseguia una evacuacion, aunque la accion del canal estaba uniformemente invertida siempre que llegaba al lugar que era el sitio de la enfermedad.

De los hechos se deducen estas proposiciones.

1.^a La apariencia morbosa mas uniforme en los casos fatales de ileus es una porcion mayor ó menor de intestinos en estado de distension uniforme y considerable.

2.^a Esta distension parece constituir una condicion enferma que puede ser fatal, sin pasar á un estado mas avanzado del mal.

3.^a El progreso ordinario de este mal en los casos fatales es la inflamacion y sus consecuencias, y puede ser fatal en los diferentes estados de la inflamacion desde un color rojo de formacion reciente hasta la gangrena mas extensa.

4.^a Parece ser mui vario el período en que sobreviene la inflamacion. A veces dentro de 9 ó trece dias y en otras ocasiones en tres dias puede pasar á una extensa gangrena.

5.^a El dolor aumentado por la presion no parece ser una señal cierta de inflamacion en los intestinos ; ocurrió así en el caso 1.^o en que no hubo inflamacion y en otros muchos casos se presenta probablemente mucho ántes que la inflamacion haya comenzado. De los hechos se ve que siempre que los intestinos se distien-

den con rapidez, hai dolor excitado por presion. Con todo es una especie de dolor que poniendo atencion, puede generalmente distinguirse de la sensibilidad aguda de la peritonitis.

6.^a La cesacion repentina del dolor y el hundimiento de las fuerzas vitales no indican necesariamente la gangrena interna, porque hemos visto existir estos síntomas, habiendo solo una inflamacion reciente, y mas adelante mencionaremos muchos casos en que los enfermos se han recobrado (*).

7.^a Ademas hai casos en que el dolor ha continuado hasta el último momento, habiendo sin embargo una gangrena extensa.

8.^a El pulso es un signo mui incierto acerca de la condicion de las partes en el ileus. A veces hai mucha inflamacion y el pulso está ménos afectado que en casos en que no hai ninguna. A veces falta la frecuencia del pulso y la sensibilidad del abdómen aunque haya habido inflamacion con exudacion considerable. Hai casos raros de extrema exudacion y gangrena en que el pulso solo se ha afectado algunas horas ántes de la muerte. En otros de extensa inflamacion el pulso apenas se ha afectado en todo el curso de la enfermedad.

9.^a Al ileus no siempre acompaña la acumulacion de materiales fecales ó la depravacion de estos, porque hai casos que han sido fatales hallándose los materiales de un carácter sano ó mui líquidos, ó en mui poca cantidad.

10.^a Al ileus tampoco acompaña necesariamente la obstruccion de alguna parte del canal, porque hai casos fatales sin obstruccion, y otros en que removida la obstruccion, no por esto se han aliviado los síntomas.

11.^a Es preciso ser cautos para dar un pronóstico favorable deducido de la apariencia de la evacuacion fecal. Porque en raras veces hai estas evacuaciones, y el ileus marcha á su terminacion fatal; y en otras ocasiones estas materias pueden estar en las últimas por-

(*) En la cólera morbus ¿ no hai este hundimiento y cesacion de dolor sin gangrena ?

ciones del intestino y ser acarreadas por las lavativas y sin embargo subsiste el mal mas arriba.

12.^a Puede haber una enfermedad orgánica de grande extension en el canal intestinal, sin interrumpir sensiblemente sus funciones hasta que por último una causa que se oculta á nuestra observacion, desarrolla un ileus fatal (casos 15, 22 y 23). Ademas esta afeccion orgánica puede ser fatal por una consuncion gradual sin producir ileus (casos 11, 24 y 26).

Así es probable que en los casos de ileus haya mucha variedad en el estado primitivo de las partes afectadas; que en algunos solo haya una pérdida del poder muscular aunque pueda pasar á la inflamacion en un período adelantado, mientras que en otros desde mui temprano viene acompañado de la inflamacion como parte de la enfermedad primitiva.

Estos casos se diferencian de la enteritis, principalmente por la ausencia de la fiebre; y por lo que hace á las apariencias morbosas, porque es fatal con la simple gangrena sin combinarse con la deposicion floclenta pseudo-membranosa que es un carácter tan prominente de la enteritis. La gangrena puede ser un fenómeno peculiar de la túnica muscular; es verdad que en la mucosa tambien se halla, mas entónces la acompaña un orden de síntomas particulares. Así una gangrena sola del canal marca el ileus; la inflamacion de la túnica peritoneal solamente sin afectar la funcion de los intestinos, constituye la peritonitis; si afecta la túnica muscular y el peritóneo, produce la enteritis.

METODO CURATIVO DEL ILEUS.

Al hallar en nuestra práctica un caso de ileus, lo primero que debemos advertir es examinar si hai hernia, teniendo presente que muchas veces existe sin que el enfermo lo advierta ó se queje de tenerla, pues una hernia de una porcion mui pequeña y en una sola pared del intestino sin que interese todo el calibre, puede producir un ileus fatal.

Hai en el ileus ciertas diferencias caracterizadas por

los síntomas, que exigen cuidadosa variacion en el método curativo, estas son las siguientes:

1.º Estreñimiento tenaz con distension del abdómen y mucha incomodidad é inquietud general, sin sensibilidad aumentada, ni mucho sufrimiento agudo.

2.º Los mismos síntomas con dolor fijo ó tenaz referido á un punto particular del abdomen, por lo comun á la cabeza del colon.

3.º Ataques violentos de retortijones que vienen por accesos, como las frecuentes ganas de ir al vaso que produce un purgante drástico, dirijiéndose la accion á un cierto punto, parándose allí é invirtiéndose entónces lo que produce vómito, el cual es muchas veces de materias fecales.

Estas formas son para el médico práctico afecciones distintas entre sí, siendo dos modificaciones, exigen dos variedades de tratamiento. En un caso hai accion deficiente en el canal, en otro accion violenta limitada á un cierto punto de él, aunque incapaz de vencer el desórden que existe abajo. La aplicacion práctica de esta distincion se refiere al uso de los purgantes en el ileus. El uso de estos debe ser mui circunspecto en cuanto á su eleccion. Hai casos que ceden al golpe á un fuerte purgante, en otros este es mui nocivo; una fuerte dosis de calomel frecuentemente asienta el estómago y mueve el vientre; mas en general la mejor práctica es la repeticion á cortos intervalos de dosis moderadas de una medicina suave como áloes combinado con extracto de beleño negro. Está demostrado en la práctica que en muchos casos una buena dosis de opio determina un efecto que los mas activos purgantes no han podido producir.

Ademas de los purgantes, convienen:

1.º La sangría que es el remedio mas importante en todos los casos de ileus excepto en los pocos en que sea distintamente contraindicada por la edad ó hábito del enfermo. Todos los médicos saben que la sangría produce un alivio tan inmediato, que apénas se ha atado el brazo cuando se presenta la evacuacion.

2.º La lavativa de tabaco es el remedio de utilidad mas general en todas las formas y estado de ileus. Es menester precaucion para administrarla al principio; 15 granos de la planta infundida por 10 minutos en 6 onzas de agua hirviendo, forman una buena lavativa, que despues de una hora, si no ha habido resultado, debe repetirse aumentando la dosis de la planta á 20 granos, y así en adelante hasta que se note un pequeño mareo y relajacion muscular que indican que su accion narcótica peculiar está verificándose en el sistema. El autor afirma que jamas ha visto efecto alguno desagradable del uso de este remedio poderoso.

Si despues de una ó dos sangrías se están usando las lavativas de tabaco, se administrará al mismo tiempo al enfermo algunas dosis de áloes con extracto de beleño negro, ó algunos otros purgantes suaves en dosis completa cada dos horas ó mas. Este es el método en los casos regulares de ileus.

3.º La aplicacion del frio. El autor afirma no haber visto buen éxito de arrojar agua fria sobre las piernas. Mas sí ha observado buenos efectos de la aplicacion continua al abdómen de paños de vinagre y agua. En los estados timpaníticos del abdómen, no acompañados de frio de la superficie, y en casos acompañados de dolor local circunscrito y sensibilidad aumentada, este remedio produce los mejores resultados.

4.º Opiados. Ya se ha notado la modificacion de la enfermedad que cede á una buena dosis de opio mas que á otro remedio. Esta práctica es adaptable particularmente á los casos acompañados de paroxismos de violentos retortijones. Si estos vienen con frecuencia de pulso, dolor fijo y sensibilidad aumentada, una sangría plena seguida de un opiado es en general el mejor método curativo, usando despues algunos purgantes suaves si todavía el vientre no se ha movido (*).

5.º Los estimulantes. En los estados mas avanza-

(*) Nos parece mejor usar siempre el extracto de beleño negro con los purgantes en preferencia al ópio solo sin los purgantes.—*Nota del traductor.*

dos del mal, cuando el sistema principia á hundirse, los estimulantes deben darse libremente y hai casos que ceden á este plan despues de haber resistido al método mas activo. En este estado del mal, el vino aloético es mui útil combinando las acciones purgante y estimulante. Es de grande eficacia cuando se da en dosis completas de una ó dos onzas cada hora. La tintura de áloes tambien conviene; y en este estado del sistema lo mismo que en el estado timpanítico del abdómen, es mui útil la lavativa de tabaco con el uso de los estimulantes.

El caso 29 tiene por objeto probar este método de los estimulantes. Nótese que es de una mujer de 20 años con síntomas de ileus en una forma mui violenta que resistió hasta el quinto dia á los remedios usuales acompañados de la sangría general. El dia sexto el pulso que habia estado natural, se elevó á 120, el dolor continuó mui violento en todo el abdómen con vómito urgente, ninguna evacuacion fecal, se volvió á completar la sangría con otros medios sin alivio. A la tarde el dolor habia cesado, estaba la fisonomía hundida, la superficie fria, el pulso á 140 mui débil; continuaba el vómito y la enferma estaba casi moribunda. Entónces se le principió á dar vino á un vaso cada hora. Al cabo de algunas horas hubo mejoría. Lavativa de tabaco que se repitió sin aumentar el hundimiento, al contrario disminuyendo este síntoma y el vómito. Al dia siguiente se habia presentado mejoría notable, y tambien una evacuacion pequeña. Siguió el vino y la lavativa de tabaco, se calmó el vómito, tomó sal de Epsom y ópιο. A la tarde no habia dolor, el pulso estaba en 96, entró en convalecencia (*).

Hai otros muchos remedios; pero son de inferior categoría. Los grandes vejigatorios al abdómen son mui benéficos, así como el aceite de trementina aplica-

(*) ¿ No es este caso uno de cólico menstrual llamado vulgarmente dolor de hijar en las mujeres y subido á un grado intenso? ¿ La práctica no lo prueba así? ¿ Este método no es análogo al que algunas mujeres usan de beber enormes dosis de ginebra, ron, &c. ?

do exteriormente ó en inyecciones. Cuando el vómito es mui urgente é impiden que pasen los remedios al estómago, grandes dosis de calomel de 15 á 20 granos permanecen mejor que ninguna otra medicina y aun calman el vómito. A veces es útil el áloes pulverizado con el óxido de bismuto. Es menester perseverar en los métodos no obstante las apariencias desagradables, porque á veces aun despues de haber resistido el mal á los remedios mas activos, termina favorablemente dentro de un dia.

APENDICE

A LAS ENFERMEDADES DEL CANAL INTESTINAL.

✓ I. GLANDULAS MESENERICAS ENFERMAS.—Parece que este mal está siempre en conexion con la diátesis escrofulsa, así coincide mui generalmente con la afeccion semejante de las glándulas del pecho y de otras partes, y con los tubérculos de los pulmones y de otras vísceras parenquimatosas. A veces parece que simpáticamente son afectadas cuando la mucosa intestinal se ulcera, porque las glándulas mas inmediatas á estas partes ulceradas son las que sufren.

Las glándulas mesentéricas pasan al través de varios grados de degeneracion : 1.º, se ponen de color de carne pálido, blandas é hinchadas : 2.º, despues cambian aquel color por una semitransparencia, y despues se ponen blancas opacas, pareciéndose á los tubérculos blancos de los pulmones : 3.º, en el período mas avanzado conservando el color blanco opaco, se ablandan y contienen una sustancia caseosa ó una supuracion de mal carácter. Estas glándulas llegan á veces al tamaño de grandes naranjas y se perciben mui bien al tacto, al través de las paredes del abdómen. Mas téngase presente que los bultos ó pelotas del abdómen pueden tam-

bien provenir: 1.º, de materia fecal detenida en el colon, formando á veces como nudos: 2.º, de las alteraciones morbosas del tubo intestinal que se halla inflado, endurecido y espesado, presentando pelotones al tacto: 3.º, de la acumulacion de gases formando tambien uno ó muchos tumores como circunscritos que desaparecen con eructos ó ventosidad, ó por la accion de los purgantes: 4.º, de las masas de otras entrañas enfermas, v. g. el estómago, omentos, &c.^a

Parece que la deposicion de la albúmina primeramente blanduja ó líquida y despues concreta, forma las materias de estas glándulas, pues ademas de las razones de estructura y de su nutricion ó aumento cuando se cuecen, las glándulas así degeneradas se van consumiendo y el resto que queda es blanco y mui tenaz como la clara de huevo mui cocido.

II. LA TIMPANITIS. Se ha creido por los autores sistematicos que hai dos especies; una intestinal, otra abdominal. Esta última no puede existir como síntoma primitivo, siempre es la consecuencia del derrame de los gases y demas contenidos en los intestinos por perforacion ulcerada de estos. No hai, pues, mas que timpanitis intestinal.

La timpanitis es ó aguda ó crónica. La aguda siempre viene acompañada de gran peligro, y proviene: 1.º en el principio del estado agudo de las lesiones del canal intestinal, y puede ser sojuzgada corrigiendo la inflamacion: 2.º viene en el estado adelantado del mal y entonces es fatal; tal es el meteorismo que acompaña la disenteria y otras lesiones del canal en su estado avanzado, como la peritonitis en su alto grado, &c.^a: 3.º puede ser la reliquia de la debilidad de la túnica muscular intestinal, despues de haber pasado el estado agudo inflamatorio; y es de gran peligro si no se le asiste pronto por los estimulantes, segun hemos indicado en otra parte tratando de la peritonitis: 4.º acompaña á las fiebres agudas continuas y es un síntoma desagradable.

La crónica viene: 1.º en las mujeres con mas fre-

euencia y muchas veces es intratable, particularmente si está acompañada de enflaquecimiento, palidez, debilidad y presión dolorosa del abdomen, pues indica una peritonitis crónica: 2.º acompaña también las lesiones de la mucosa intestinal, ya extendiéndose á la musculosa, ya produciendo un grado de enteritis: 3.º puede ser como en la aguda, la reliquia de un estado activo, ó de la debilidad renaciente de la túnica muscular (caso 46). En este estado convienen las medidas de un régimen reparatorio; v. g. baño frío, ejercicio, arreglar el vientre por pequeñas dosis de áloes y ruibarbo combinados; con los tónicos y estimulantes; v. g. la quinina, el sulfato de hierro y las gomas calientes, ó gomas resinas, pequeñas dosis de trementina, fricciones al abdomen, vendaje de franela y quizá el galvanismo: 4.º hai también un caso particular de timpanitis crónica, aunque con síntomas diversos de los ordinarios; afecta á las mujeres, particularmente cerca de la edad de 40 á 50 años, y entonces las hace creer que están embarazadas, porque se ponen extraordinariamente ventrudas. Esta elevación del abdomen es gradual y uniforme, firme y tensa, sin la sensación timpanítica ó el sonido que la percusión da en los casos de esta afección. Este mal cede á un curso regular de purgantes, particularmente al uso de las aguas minerales purgantes. Parece que no solo debe haber dilatación del tubo intestinal, sino que en el estado mas adelantado hai también alguna alteración de estructura en sus membranas (*). El Dr. Munro refiere el caso de una jóven cuyo vientre se le elevó á tal grado, que ya se temia que reventase de una hora á otra; duró esto tres meses y desapareció de repente con una expulsión prodigiosa de flatos por arriba y por abajo. Téngase presente lo que hemos dicho de los bultos ó tumores del abdomen, que suelen ser de cinco especies.

(*) ¿No hai también entonces una gran acumulación de pinguedo en los omentos y mesenterios? Esto es casi cierto.—(Nota del traductor.)

III. HEMORRAGIA DE SANGRE ARTERIAL DEL RECTO.—Esta se equivoca al principio con el flujo hemorroidal, tanto mas cuanto que la cantidad perdida es pequeña. El enfermo se va poniendo pálido, abotagado, débil, flaco, con palpitacion y respiracion corta despues de cualquier esfuerzo; tiene ataques de desvanecimiento, sensacion de pulsacion fuerte en la cabeza, (*) á veces anasarca de las piernas y en ocasiones se van hundiendo como los que padecen de una enfermedad grave de las entrañas. Si hacemos forzar la mucosa del recto afuera, notamos entónces una masita fungosa como un pitoncito, de cuyo ápice vemos salir la sangre á arqueadas, otras veces sale de otro punto de la superficie. El mejor remedio y que produce como por encantamiento la mejoría de todos los síntomas y aun la curacion, es la ligadura de la arteria por el tenáculo; si esto no es posible, conviene la cauterizacion con la piedra infernal, &.^a Para distinguir esta hemorragia de la sangre hemorroidal, téngase presente el color rosado de la sangre arterial respecto de la venosa, que es la hemorroidal (†). Tambien salen grandes grumos de sangre en los casos de la hemorragia arterial, lo que parece que no tiene lugar con la sangre hemorroidal.

IV. Un caso mui particular de lesion intestinal, es el en que las tónicas están tan delgadas y transparentes como la hojilla membranosa de los batidores de oro, y en que las cámaras son distinguidas por un color constantemente moreno negruzco como la caoba. El paciente se pone pálido, delgado, débil, marchito, con apetito variable y caprichoso, y siente una sensacion incómoda despues de comer. El caso 91 es de una señora de 30 años que estuvo enferma por cuatro ó cinco meses, se enflaqueció y puso como tísica. Con respecto al abdómen no sentia mas que una pequeña incomodidad que no podia definir, y el vientre moroso con

(*) El tun-tun, como vulgarmente se dice de la malatia.—(Nota del traductor.)

(†) Mas esto no es bastante, porque el color de la una se parece mucho al de la otra.—(Nota del traductor.)

evacuaciones de color de caoba: el abdómen estaba natural y nada podia descubrirse por el exámen. Despues tuvo tos, alguna incomodidad en el pecho, tenia algunos accesos de coma en que quedaba con los ojos abiertos, mas sin sentido; despues de varios paroxismos de convulsion, murió en un extremo enflaquecimiento. La inspeccion no pudo descubrir nada alterado en el cerebro ni en el pecho, excepto algunas antiguas adherencias de la pleura. El canal intestinal estaba todo tan delgado, tan trasparente como la vitela de los batidores de oro; la mucosa tenia en algunas partes una porcion de moco tenaz moreno, mas ninguna otra lesion, ningun otro órgano estaba enfermo (*).

V. Un caso de afeccion de la mucosa del ciego con ulceracion y perforacion y un tumor purulento formado entre la parte posterior de este saco y el peritoneo insinuado el pus por debajo de esta membrana hasta la pelvis. En el quiste purulento habia dos semillas de frutas encrustadas de concrecion térrea que habian pasado del ciego al absceso. La enfermedad ocurrió á consecuencia de haber comido muchas peras; y fué en su curso seguida de todos los síntomas de la lesion de la mucosa intestinal (†).

VI. Un caso de extensa enfermedad del recto y de la glándula próstata, con estrechez del colon.

Caso 92.—Un viejo de 72 años, despues de haber padecido los síntomas urinarios relativos á la enfermedad de la próstata, v. g. conatos frecuentes á orinar, y evacuacion de orina sin dolor: experimentó desorden de la digestion y de la evacuacion: abdómen tenso y timpanítico: tumores en el abdómen, particularmente en el lado izquierdo, con sensacion á la presion: cámaras fecales fluidas: agotamiento y muerte.

(*) Yo hallé en Puerto-Rico este mismo mal en los negros de Africa, muertos de un marasmo considerable y de pulsacion de la cabeza y demas síntomas referidos en este parágrafo á consecuencia de la repercusion de la sarna.—(Nota del traductor.)

(†) Un tumor igual existió en el jóven G. W. cuya historia tengo en mis apuntes patológicos.—(Nota del traductor.)

INSPECCION.—Próstata mui grande y lacerable, recto mui espeso y adherido á las paredes vecinas, la S del colon mui adherida á la pélvis, la vejiga mui espesa y contraida. En el ciego una ulcerita, en el colon trasverso una porcion del tamaño de una pulgada gruesa y contraida que apenas permitia el paso del dedo meñique. Las otras porciones del colon encima y debajo de esta contraccion estaban distendidas con masas grandes y duras de excremento, algunas del volúmen de grandes huevos. Estas formaban los tumores que se tocaban al través de las paredes del vientre durante la vida del enfermo. Lo particular que presenta este caso es, que como en algunos otros, existia en él una acumulacion de heces duras arriba, sin embargo de haber evacuaciones fecales durante la enfermedad, caso que se asemeja á lo que sucede en la disenteria de los autores (*).

PATOLOGIA DEL HIGADO.

Parece cierto: 1.º, que hai afectos del hígado que ceden á un tratamiento suave, v. g. mantenimiento de los intestinos arreglados y atencion á la dieta: 2.º, que hai enfermos que despues de haber pasado por cursos mercuriales sin obtener beneficio alguno, son curados con un curso de purgantes suaves; y 3.º, que en muchos enfermos en que se suponían estos afectos hepáticos y que han muerto de otros males, no se les ha hallado lesion alguna hepática.

Las enfermedades del hígado se dividen en agudas y crónicas. Las primeras son aquellas que en su principio vienen marcadas con síntomas agudos que distintamente se refieren al hígado, aunque despues tomèn un carácter crónico. Las segundas son aquellas que se

(*) De este mal murió el Sr. M. E., y vi tambien otro caso igual en el padre de un amigo, el boticario A. Q. Los viejos que mueren de la afecion de la próstata, muchas veces concluyen de este modo.—(Nota del traductor.)

van insinuando de un modo oscuro é insidioso, quizá solo con síntomas dispépticos, y cuya lesion no se descubre sino despues de una enfermedad prolongada ó en pacientes muertos de otro mal.

PRIMERA CLASE.

DE LAS CONDICIONES MORBOSAS DEL HÍGADO QUE PARECEN CONEXIONADAS CON LAS ENFERMEDADES AGUDAS.

Estas son: I. La inflamacion del hígado que puede afectar su peritoneo causando tos, dispnea, &.^a Síntomas pneumónicos si es la superficie convexa; vómitos y otros síntomas gástricos y aun la ictericia si es la superficie cóncava la atacada. La inflamacion del hígado puede terminar: 1.^o, por la muerte en el mismo período inflamatorio: 2.^o, por supuracion: 3.^o, por reblandecimiento de la sustancia del hígado en sus varias formas: 4.^o, pasando á una enfermedad crónica.

II. Aumento de volúmen del hígado, especialmente de su lóbulo derecho, ó teniendo por fuera un color mui oscuro ó casi negro, ó teniendo tambien su sustancia mui oscura y dando mucha sangre negra cuando se le corta. Otras veces el color es solo superficial y la sustancia está casi sana.

Esta apariencia es frecuente en la India Oriental en casos que terminan rápidamente de un modo fatal. Sus síntomas son: estado febril, expresion ansiosa, náuseas, vómitos, lengua blanca, inapetencia, indigestion, dolor y sensacion de peso y plenitud en la region del hígado, gran opresion precordial, á veces ictericia, dolor de cabeza, color amarillo, á veces tos, dispnea y demas síntomas pneumónicos si la membrana peritoneal tambien sufre; y orina turbia. Esta lesion parece referirse á la inflamacion activa de la sustancia del hígado, que es fatal en el estado inflamatorio, ó en el que inmediatamente le sucede. Un caso que trae Portal de esta apariencia en la diseccion cadavérica en un enfermo que tuvo todos los síntomas de la hepatitis aguda, y en que

esta fué acompañada de efusion de linfa coagulable en su superficie, prueba bien que es el resultado de la inflamacion.

III. Absceso del hígado que á veces se presenta con todos los síntomas agudos de una enfermedad mui activa; otras veces toma un carácter mas ó ménos crónico, que no se indica sino por síntomas dispépticos.

Como el estado agudo de la inflamacion hepática que tiene tendencia á terminar por la supuracion, viene acompañada de vómito incesante, gran dolor en la region del estómago-que se aumenta por la presion, extiende al ombligo, repite por paroxismos, y viene acompañado de fiebre, puede equivocarse con las lesiones del estómago; bien que el tratamiento de sangrías, vejigatorios, laxantes suaves gomosos, &.^a es el mismo, y la equivocacion no es de consideracion alguna. Téngase siempre presente que son tan diversos los síntomas que acompañan los abscesos del hígado, que en algunos casos se presentan bastante agudos para marcar distintamente la naturaleza de la afeccion; mientras que en otros son tan oscuros que apenas llaman nuestra atencion á la víscera, que es el asiento de la enfermedad. En estos casos lentos é insidiosos se suelen encontrar tremendos abscesos del hígado, de modo que no queda mas que el quiste que contenia la gran cantidad de pus, y todo el resto de la sustancia del hígado ha desaparecido. Tales son los casos mencionados por Hasenochrl y por Bonet y Annesley. En otros casos son muchos los abscesos sin comunicacion entre sí. Estos abscesos pueden adherirse á las paredes abdominales y abrirse afuera, ó adherirse al diafragma y pulmones y salir el pus por la boca, lo que ha sido bastante frecuente (*).

IV. Reblandecimiento simple del hígado, estando la sustancia de él mui blanda, como desmoronada, lo que es mas notable en la superficie convexa, sin ninguna alteracion del color. A veces le acompaña la separa-

(*) F. A. Malpigi refiere un caso en que los ductos biliares se comunicaban con el absceso.—(Nota del traductor.)

cion de la túnica peritoneal de la parte, y en ocasiones parece como si una porcion de la sustancia de esta entraña hubiera sido despedazada, dejando debajo una superficie ~~super~~ irregular. El dedo puede penetrar fácilmente en la porcion reblandecida, que arroja un fluido sanioso ó puriforme con que está impregnada la sustancia del hígado.

Annesley dice que esta apariencia es frecuente en los que mueren de cólera ó disenteria en India.

V. Reblandecimiento negro del hígado: en esta lesion la sustancia de esta entraña se halla reducida en mas ó ménos extension á una masa negra, de poquísimas consistencia, que á veces se parece al coágulo blando de la sangre venosa, á veces con mucha fetidez. Parece ser el resultado de la inflamacion y análogo á la gangrena. En ocasiones se complica con abscesos, ó bien con otras enfermedades fatales del hígado sobrevenidas á daños externos. Pero tambien otras veces ocurre sin síntomas agudos y después de una enfermedad bastante crónica. Los casos mejor averiguados han sido acompañados de vómitos ó ictericia sin dolor ú otro síntoma local, ni fiebre. En uno de ellos, á los vómitos é ictericia se unió la evacuacion, pero el vómito fué de una sustancia negra (la atrabilis de los antiguos). En este caso puede hacerse difícil el diagnóstico por el vómito negro que acompaña las lesiones del estómago é intestinos, y aun remeda mucho á la fiebre amarilla por la presencia de la ictericia. Quizá esta degeneracion blanda y negra puede ser un progreso de la apariencia número 2.^o

VI. El reblandecimiento blanco ó encefaloides del hígado. En los casos de este mal se refieren síntomas hepáticos comunes, cámara negra como pez, dolor local extendiéndose al hombro derecho y excitando fiebre, &c.^a Después vinieron el enflaquecimiento y el anasarca de las extremidades y murió el individuo. El hígado estaba por fuera cubierto de innumerables tuberculitos semitransparentes, por dentro estaba blando, de un color ceniciento y blanco mui parecido á la sus-

tancia del cerebro y en algunos lugares casi pulposo.

VII. Copiosa deposición de materia gelatinosa de consistencia blanda y rojiza. Portal la menciona como que ocurre en la sustancia del hígado en su superficie, levantando la túnica peritoneal en tumores blandos é irregulares, acompañados de mucho aumento del hígado.

Hubo también dolor en el epigastrio y vómito; y después el enflaquecimiento, la dispnea y anasarca fueron los síntomas; por los primeros no era posible discriminarla de las lesiones del estómago.

VIII. Distensión considerable de los ductos biliares por obstrucción de los ductos comunes.

CLASE SEGUNDA.

LESIONES CRÓNICAS.—Estas no se notan sino bajo síntomas muy oscuros é insidiosos que no se refieren al hígado distintamente, hasta que en un período avanzado del mal se nota el hígado grande ó síntomas que le son relativos.

1.^a Inflamación crónica del hígado que resulta de un ataque agudo, ó desde el principio se insinúa de un modo lento y muy pasivo.

Los síntomas son mas ó menos dolor ó sensación de peso en la region del hígado, á veces sensibilidad morbosa al tacto, síntomas dispépticos muy tenaces, enflaquecimiento, á veces ictericia, otras evacuaciones pálidas sin ictericia, muchas veces vómitos y dolorcito al hombro derecho, lengua cargada, vientre tardío, malas noches, aspecto lenco-flemático, fiebre cilla vespertina, y sensación de calor quemante en las manos y pies. Las apariencias suelen ser el aumento de alguna parte del hígado ó de todo él, ó un color oscuro ó de mil modos variegado con rayitas mas claras. Su sustancia á veces es mas dura, á veces mas blanda de lo natural, y en unos casos se encuentran abscesos y en otros tubérculos.

2.^a Aumento del hígado sin alteración de estructu-

ra: ocurre en los jóvenes escrofulosos; está á veces en conexión con las lesiones del corazón, dependiendo de la dificultad del retorno de la sangre venosa á este órgano. En ocasiones viene acompañado de ictericia, otras de hidropesía.

3.^a Nódulos (tubera) del hígado sin otra lesión de estructura.—Estos nódulos están elevados en la superficie del hígado en forma de nudos numerosos é irregulares de color amarillo ó ceniciento, á veces de dos á tres pulgadas de diámetro, con una lextura interna fibrosa, tubercular ó caseosa, y aun frecuentemente en forma de quiles llenos de fluidos viscoso. Quizá solo cuando están acompañados de aumento del hígado ó son muchos, se perciben síntomas morbosos; fuera de estos casos solo se descubre esta lesión despues de la muerte.

4.^a Degeneracion pálida del hígado mostrada solo en el cambio de su color sin alteracion de estructura.—Esta apariencia consiste en unos casos en un color mas pálido que el natural, en otros de un blanco de ceniza, y en ocasiones en un amarillo de color de cera vírgen. Esta degeneracion viene, ó sin alteracion de volúmen del hígado, con aumento ó con disminucion. La apariencia mas notable es la llamada por los franceses *cirhosis*, por parecerse á la cera amarilla, que á veces existe en porciones irregulares embutidas en la estructura sana, ó en nódulos pequeños como guisantes dispersos en la sustancia del hígado; y si la degeneracion es uniforme de todo el hígado, se pone como una masa de cera impura y con mui poca vascularidad. El caso es crónico á veces *consacitis*, otras con lesiones funcionales del hígado ó estómago.

5.^a Color pálido del hígado con dureza á veces como un pulmon tuberculoso, otras como un escirro, otras con porciones casi cartilaginosas que cuando están aumentadas tienen el tacto de hueso.—Esta palidez cenicienta y á veces con bastante color amarillo, puede coexistir con el volúmen regular, ó con aumento ó disminucion de la víscera. Síntomas todos hepáticos

con alguna afeccion accidental de la respiracion, tos, mucha debilidad y señales de hidropesía son los que acompañan los casos mas graves de esta lesion. En otros los síntomas dispépticos, dolores vagos ó reumáticos en varias partes del cuerpo con alguna afeccion de la respiracion son sus concomitantes; mui frecuentemente el color es pálido amarillento, y aun hai verdadera ictericia.

6.^a Endurecimiento con color oscuro del hígado.— Los síntomas son casi los mismos.

7.^a La superficie del hígado tuberculada sin enfermedad de su estructura.— Los síntomas varían segun el sitio del hígado que está afectado, pues esto consiste en la irritacion de las partes vecinas; si es la superficie convexa, se irrita al diafragma, y produce, prolongándose, síntomas pneumónicos, sin ningun fenómeno referible al hígado. Si es en faz cóncava, entónces hai vómito y postracion de fuerzas por la irritacion del estómago.

8.^a Tubérculos y nódulos de varios caractéres diseminados en la sustancia del hígado, con alteracion morbosa de la estructura intermedia.— Esta alteracion consiste en nódulos ó de un carácter escirrososo ó tuberculoso ó caseoso, ó de consistencia cerebral, ó amarillos como la *cirrhose*, de los franceses. La sustancia interna, ó está regularmente sana, ó llena de unas celdas con fluido gleroso ó con hidátides. Los síntomas son los de la dispepsia; noches inquietas, á veces dolor fijo en la espalda, y á veces se nota el volumen del hígado al través de las paredes. (Este dolor en la espalda y los síntomas dispépticos hacen parecer el mal ó las lesiones del duodeno); y le hacen terminar por enflaquecimiento, debilidad y agotamiento como las otras lesiones crónicas del hígado.

9.^a Hidátides.— Esta lesion existe ó manteniendo buena la estructura del hígado, ó complicándose con otras lesiones, y las hidátides pueden existir ó en la superficie, ó en la misma sustancia del hígado, y vie-

nen acompañadas de los mismos síntomas oscuros de las otras lesiones mas crónicas del hígado.

10.^a Grandes bolsas de materia acuosa confinada debajo de la túnica peritoneal del hígado.—En la superficie cóncava ó en la convexa son á veces tan grandes y producen la verdadera hidropesía enquistada, que se evacua por la parasenteria; á veces se revienta dentro del abdomen y esfasil, y contiene láminas gelatinosas que se enrollan como cilindros. Todo el quiste está aforrado de una tela como la del coco (*).

METODO CURATIVO.

No hai clase de males que tenga síntomas mas oscuros que la de los afectos crónicos del hígado. Muchos de ellos se parecen absolutamente á los de las lesiones del estómago é intestinos, de modo que es imposible durante la vida del enfermo discriminarlos bien.

Los casos agudos exigen sangrías generales y locales, vejigatorios, purgantes suaves salinos y mucho cuidado en la dieta. Los crónicos que tienen un carácter mas activo y los agudos ya pasivos exigen sangrías tópicas, vejigatorios fuertes (el cauteria actual ó potencial), evacuantes y mucho arreglo en la dieta. Despues de corregida la actividad del mal, conviene el uso prudente del mercurio, particularmente por la fricción.

Los casos mui crónicos están la mayor parte fuera del alcance del arte; su tratamiento debe ser paliativo, consistiendo en mucho arreglo de los intestinos y de la dieta, y en tónicos suaves. Mas cuando estos casos son tratados activamente por cursos mercuriales, las fuerzas se hunden de un modo mui rápido y se acorta evidentemente la vida del enfermo. En los afectos del hígado acompañados de ictericia, Abercrombie ha ha-

(*) Un caso idéntico en la cavidad torácica está recogido en mi registro de casos patológicos. A veces los quistes contienen hidátides como en un caso mencionado por Annesley.—(Nota del traductor.)

llado buenos efectos del uso externo de la yodina en pomada.

El autor concluye : en las observaciones precedentes quizá se me hará el cargo de dar mui poca importancia al mercurio en el tratamiento de los afectos del hígado, y conozco bien el terreno delicado en que estoy cuando aventuro expresar una duda acerca de su adaptacion á todos los estados y todas las formas de las enfermedades del hígado. Al hacerlo deseo que se entienda bien que solo hablo de las enfermedades del hígado en este pais, no teniendo experiencia en otro. Por lo que hace á las de otros paises, no dudo decir que el mercurio se usa muchas veces de un modo indiscriminado, y con nociones mui indefinidas en cuanto á la influencia específica que se cree que tiene sobre todas las condiciones morbosas de este órgano. Si el hígado está en estado de torpeza, se da el mercurio para excitar su accion ; si está en estado de inflamacion aguda, se da tambien el mercurio para moderar la circulacion y reducir su accion.

Tambien se atribuyen los efectos mas indefinidos, si es que no son contradictorios, á su influencia en la secrecion de la bilis, y en aquellos afectos que comunmente se llaman *biliosos*. Esto debe hacer dudar mucho á un médico práctico y filósofico de la exactitud de estas doctrinas, y excitarle á rever la doctrina prevaleciente acerca de los desórdenes del hígado.

El hígado puede tambien ser lacerado por una violencia externa, y terminar el enfermo prontamente por la muerte.

ENFERMEDADES DE LA VEJIGA DE LA BIEL.

1.^a Cálculos.

2.^a Perforacion de la vejiga ó de uno de sus ductos. y escape de la bilis en el abdómen, inmediatamente fatal. Esta ruptura puede ser el efecto : 1.^o de obstruccion del ducto comun por inflamacion adherida ó por obliteracion gradual. En el primer caso hai síntomas

activos seguidos de ictericia, y despues siguen los síntomas de peritonitis fatal por el derrame de la bilis. En los casos de inflamacion de la superficie cóncava en que viene la ictericia como síntoma, no nace de la afeccion inflamatoria que produce la adhesion; en el segundo caso los síntomas y la ictericia van mas despacio: 2.º la perforacion puede tambien venir por ulceracion de las tónicas y perforacion ulcerativa. Dolores de vientre y fiebre son los síntomas antecedentes; violentos dolores y todo el tren de peritonitis fatal son las consecuencias. Entónces es imposible decir si el caso es de ulceracion de la vejiguilla ó del estómago ó intestinos.

PATOLOGIA DE LA ICTERICIA.

Las causas pueden ser: primera, el paso de cálculos biliares con dolor, vómitos é ictericia, &c.^a A veces ha habido casos de ictericia por cálculos empuñados en los ductos, que han abierto paso afuera y han sido sacados por la abertura de las paredes, como hai casos mencionados por el Dr. Jorge Gregory que curó, y en otros de Morgagni y Haller, uno de los cuales cerró pronto, otro siguió dando bilis por una abertura fistulosa. Los cálculos se pueden formar sin duda alguna en los mismos ductos hepáticos, en la sustancia del hígado como lo prueba Morgagni con casos en que los encontró, y mui grandes en los ductos biliares al través de la sustancia del hígado.

Morgagni refiere un caso de cálculos en la vejiguilla hasta el número de algunos centenares, y un caso en que sacó 3.646 calculitos de una vejiga. Hildano refiere uno que pesó 18 dracmas, y Abercrombie otro que tenia en su mayor diámetro 4 pulgadas y en su menor 3 y media.

La segunda causa de la ictericia consiste en los afectos inflamatorios del hígado. La inflamacion agu-

da, particularmente de la superficie cóncava, causa la ictericia. Mas hai casos de lesiones mui grandes del hígado, y no están acompañadas de ictericia, miéntras otras la causan aunque sean de pequeña intensidad. Hai sin embargo un estado del hígado que causa la ictericia sin subir al de la inflamacion, aunque está evidentemente aliado con él. Este es el caso de la ictericia en conexion con la inflamacion de la parte inferior del pulmon derecho; entónces suelen venir los síntomas de pneumonía. Con mucho tiempo se nota entónces un absceso del pulmon en conexion con el diafragma, y el hígado mas pálido que lo natural. Aquí el mal principal parece ser el absceso entre el pulmon y el diafragma contiguo al hígado.

La tercera: los desórdenes de los intestinos ó de otros órganos contiguos al hígado; del corazon cuando impide el retorno de la sangre venosa del hígado.

La cuarta: de la supresion de evacuaciones habituales, v. g. sangre hemorroidal, menstrual, leucorrea y aun el sudor de los sobacos, &c.^a

La quinta: por las pasiones del ánimo. Hoffman refiere el caso de una mujer que sufría la ictericia, siempre que su ánimo estaba agitado; y un médico, segun refiere el Sr. Cooke, se ponía icterico casi invariablemente, cuando tenia un caso peligroso á su cuidado.

Siempre la ictericia merece atencion, pues no solo es perniciosa por consecuencia de las lesiones de que depende, sino por la influencia de la misma efusion de bilis que apaga la energía cerebral, causa el coma, letargo y muerte.

La sexta: todo tumor, bien del hígado, bien de los intestinos contiguos por acumulacion de materia fecal, &c.^a ó de otros órganos que obren mecánicamente.

En los casos de ictericia todos los fluidos del cuerpo se contaminan con la bilis hasta la misma leche, como lo prueba el aserto del Dr. Marsh que halló las mamas de una mujer muerta, cuando lactaba, con ictericia y en que fluía casi bilis pura de las mamas.

PATOLOGIA DEL BAZO.

LAS ENFERMEDADES Á LAS QUE EL BAZO ESTÁ EXPUESTO SON LAS SIGUIENTES.

1.º LA INFLAMACION.

La inflamacion puede residir en la sustancia del órgano, ó en su túnica peritoneal. La misma sustancia del bazo rara vez experimenta la inflamacion activa. Portal halló pruebas de su existencia en el cadáver de un hombre muerto de fiebre aguda, y el que entre los síntomas de su enfermedad habia tenido dolor en el costado izquierdo, tos, dispnea y fuertes palpitaciones del corazon. En la autopsia los pulmones aparecieron sanos y existian marcas de inflamacion en el bazo y al lado izquierdo del diafragma. Otras veces la inflamacion del bazo viene acompañada de vómito. Es probable que los síntomas son por lo general mas agudos cuando la inflamacion está situada en la túnica peritoneal, que cuando la misma sustancia de la entraña está interesada. El Dr. Aberdeen nunca vió este mal en la forma idiopática, mas ha hallado en muchos casos el bazo enteramente arropado con una capa ó cubierta espesa y densa de falsa membrana consecuen- te á la peritonitis, pero sin alteracion alguna de su propia sustancia. La forma crónica es la mas frecuente con que la inflamacion afecta el bazo, y entónces termina unas veces por la supuracion, y otras por una degeneracion ó reblandecimiento negro de un carácter especial. En ámbos casos, el mal por lo comun se prolonga mucho, y los síntomas son las mas veces mui oscuros.

2.º SUPURACION DEL BAZO.

El Dr. Aberdeen menciona solo un caso de esta lesion que ha ocurrido en su práctica.

Un hombre de cincuenta y dos años que ántes habia disfrutado de mui buena salud, empezó á sufrir en

1821 tos y una fiebre ligera como la catarral. Con un corto recogimiento desapareció la tos y se mejoró mucho. Poco tiempo despues tuvo que recogerse, mas bien por un sentimiento de falta de fuerzas que por una enfermedad bien definida. Solo se quejaba de un ligero y transitorio malestar al través de la region epigástrica. Su apetito era variable y caprichoso ; pero en general no era malo ni habia síntomas despépticos. Habia algun estreñimiento que cedia á medios suaves : su aliento era natural, y todas las otras funciones se hallaban en estado sano ; mas su pulso continuaba con alguna frecuencia, y se iba notando una debilidad y enflaquecimiento progresivos. Así continuó por todo el resto del invierno, y al empezar el estío se fué al campo, en donde nada mejoró. Cuando el doctor le vió, estaba ya bastante flaco y débil con el pulso de 96 minutos á 100 y débil ; pasaba por lo comun buenas noches, mas tenia alguna fiebre : su apetito era malo, mas todavía tomaba bastante alimento y nunca se quejaba de su estómago ; no habia tos ni dolor ; la evacuacion fecal y la orina se conservaban naturales, mientras que la debilidad y el enflaquecimiento progresaban. El 2 de Julio sufrió dispnea y murió el 5 del mismo mes. Por varias semanas ántes de la muerte, habia acostumbrado estar fuera de su cama la mayor parte del dia, y aun salir en coche ó en silla de manos.

INSPECCION CADAVERICA.—El bazo estaba aumentado de volúmen y tenia en el centro cierta cavidad irregular con algunas onzas de pus y la sustancia al rededor blanda y de fácil laceracion. El hígado estaba pálido y por lo demas en estado sano. Los riñones tambien se hallaban pálidos y con una degeneracion particular de algunos puntos que se habian convertido en una materia blanca firme. Un exámen mui cuidadoso no pudo descubrir apariencia alguna enferma en otra parte del cuerpo. Ni el Dr. Aberdeen, ni dos profesores mas que vieron este enfermo durante su mal, sospecharon el asiento de la enfermedad.

Hai mui pocos casos archivados de la supuracion

del bazo, y los informes en general han sido prolongados y muy oscuros. En el caso de un joven mencionado por el Sr. Jacquinelle, *habia dolor y sensacion de plenitud en el hipocóndrio izquierdo, con palpitacion del corazon*, desmayos y enflaquecimiento progresivo, y el enfermo murió al cabo de un año gradualmente debilitado. Poco ántes de su muerte hubo cesacion de dolor, á que siguió una evacuacion por la cámara de una materia fétida y oscura. En la inspeccion del cadáver hallaron el corazon y la aorta dilatados, el bazo muy aumentado de volumen y con un absceso que habia reventado en el colon izquierdo. Un caso mencionado por Grotanelli fué análogo, como tambien otro en que el absceso reventó en la cavidad del vientre, y fué fatal en tres dias. En otro enfermo mencionado por este mismo autor, despues de varios ataques de fiebre intermitente, se hinchó el bazo, y hubo paroxismo de fiebre hética con sudores nocturnos. En una camorra con otro, recibió un golpe en el lado izquierdo, despues de lo cual, el tumor bajó, y salió por la orina mucha materia espesa y fétida. Continuó así por tres semanas, y despues fué recobrando su salud, de manera que cuando este caso fué recogido, ya hacia siete años que estaba bueno. Heide refiere el caso de una mujer, á la que despues de haber padecido mucho tiempo de una hinchazon en el hipocóndrio izquierdo, le salió un tumor en el ombligo, que se reventó y evacuó mucho pus, y al mes murió. En su cadáver se halló una úlcera cavernosa, que se extendia desde el ombligo por entre el peritóneo y los músculos abdominales hasta comunicar con un absceso del bazo.

Los abscesos del bazo pueden tambien reventar en el estómago, como sucedió en un caso muy curioso mencionado por Coze. El enfermo tuvo dolor en la region epigástrica con una sensacion notable de pulsacion en el estómago, aumentada por el ejercicio y los desórdenes de la dieta; á veces tenia vómitos y una ligera dificultad de respirar, se fatigaba con el ejercicio y sufría una sensacion de sufocacion al hacer un esfuerzo. Al

exámen solo se reconocia una ligera tirantez al través del epigástrico: por cerca de un año hubo pocas alteraciones, excepto que la cútis se puso ligeramente amarilla. Entónces se presentó el vómito de sangre mezclado con pus, cesando despues la pulsacion del estómago, y sufriendo ménos que por mucho tiempo ántes de este último accidente. El vómito volvió á los quince dias, y con un ataque de este síntoma una semana despues, el enfermo pereció. La inspeccion cadavérica mostró el bazo íntimamente adherido al estómago, y formando un saco de materia purulenta y coágulos de sangre, y las paredes del absceso que interesaba todo el bazo, tenia, por lo general, cerca de seis líneas de grueso, y comunicaba por una abertura libre con la cavidad del estómago en el lugar de la adhesion.

Algunas veces los abscesos del bazo llegan á adquirir un tamaño enorme. En las memorias de la Academia de las Ciencias en Francia, se halla un caso de un absceso con 30 libras de materia. En otro caso mencionado en la misma obra y recogido por L'Hermite, se extrajeron 8 libras de materia por la parasentésis. El enfermo murió el dia siguiente, y en la inspeccion, el bazo fué descubierto lleno de 7 libras mas de pus, y formando un saco de 18 pulgadas de largo y 12 de diámetro. En algunos de los soldados que padecieron la fiebre en Walcherem, el Sr. Wardrope halló el bazo enteramente convertido en un quiste lleno de pus.

3º.—REBLANDECIMIENTO Ó DEGENERACION NEGRA DEL BAZO.

Esta lesion parece ser el resultado de un grado lento de accion inflamatoria, y á veces se halla como la única apariencia enferma en algunos casos en que los enfermos han muerto de una enfermedad tan oscura como prolongada. En estos casos, el bazo reblandecido presenta su volúmen natural ó aumentado; mas toda su sustancia está reducida á una masa blanda-negra, desintegrada, parecida á grumos de sangre, y aun de consistencia mas blanda, pultácea ó casi líquida.

Los casos siguientes ilustran esta enfermedad oscura, en que no aparece despues de la muerte, sino esta lesion.

1.º Una señora de 60 años padeció por varios meses de pérdida de apetito, síntomas dispépticos y vómitos de vez en cuando. El Dr. Aberdeen la asistió un mes ántes de su muerte, y en este tiempo sufría muchas náuseas y vomitaba ordinariamente tres ó cuatro veces al dia; tenia poco ó ningun apetito, la lengua cargada, estreñimiento fácil de corregirse, el pulso natural, ningun dolor ni sensacion penosa al tacto que pudiera indicar la residencia del mal. Murió por una concuncion lenta, sin ninguna alteracion de los mencionados síntomas.—INSPECCION CADAVERICA. Despues del exámen mas prolijo, no se pudo hallar otra apariencia morbosa que el color demasiado oscuro del bazo, con su sustancia desintegrada y blanda, con la apariencia de sangre grumosa.

2.º Un hombre de 45 años padecia una hinchazon dolorosa profundamente situada en el lado izquierdo, que al examinarla se reconoció estar exactamente en el lugar del bazo. El tumor estaba bien circunscrito y mui doloroso, sin que el enfermo pudiera sospechar la causa que lo habia producido. La salud general estaba mui alterada y las funciones del estómago en gran desórden. Despues de un método curativo variado, el enfermo recuperó una salud mui regular, y la hinchazon se redujo mucho. El Dr. Aberdeen, médico que lo habia tratado, no lo volvió á ver hasta un año despues, pero fué informado que disfrutaba de salud, aunque de cuando en cuando padecia dolor del lado izquierdo. Hácia este tiempo padeció una enfermedad de tres semanas, con todos los caractéres de una fiebre continua, y de la que murió.—INSPECCION DEL CADAVER. El bazo mui aumentado de volúmen, diez ó doce veces mayor que el natural. Al separarlo del cuerpo, presentaba una apariencia mui notablemente blanda y fluctuante, como si su túnica peritoneal contuviera una grande cantidad de fluido; mas al cortarlo se reconoció que su sustancia

sion de una evacuacion hemorroidal larga y continua.

Tambien se presentan á veces, especialmente en los paises cálidos, niños endebles y enfermizos con el bazo crecido, probablemente por causa de la humedad de los lugares que habitan y el mal alimento. Los que padecen la tumefaccion del bazo, tienen un color pálido amarillento y enfermo, están estreñidos y la materia fecal que deponen es por lo general oscura. Se cree que por lo comun sufren hemorragias de diversas partes del cuerpo, una digestion irregular, debilidad muscular, un estado general mal sano, y están expuestos á úlceras pútridas por las mas leves lesiones. Con frecuencia tienen tos seca, y en casos prolongados hematemésis, y por último hidropesía general. Con todo, no faltan casos, ¡ cosa bien extraña ! en que esta enfermedad tiene mui poca influencia en la salud general. El Dr. Crane asegura haber conocido algunos individuos en el Condado de Lincoln sufriendo esta tumefaccion por veinte años, bien que por lo comun tenian un color pálido ó amarillento, y Lieutaud menciona el caso de un bazo que pesó 32 libras en una mujer que habia padecido por 17 años (*).

El Dr. Aberdeen cree que hoy está generalmente admitido que el mercurio, como medicamento contra esta tumefaccion del bazo, es con uniformidad mui nocivo, causando la mortificacion de la boca y una rápida prostracion de fuerzas. En el principio del mal, cuando hai un grado considerable de sensibilidad en el tumor, deben emplearse las sangrías tópicas repetidas, y despues el vejigatorio ó el sedal. Los remedios mas usados por los que han tenido frecuentes oportunidades de ver es-

(*) En la provincia de Cumaná, en donde las fiebres intermitentes y remitentes son mui frecuentes, hemos visto en los años de 1809 y 1810, malisimos casos de tumefaccion, mas ó ménos considerables, del bazo, á consecuencia de estas calenturas: y algunos que la habian padecido con aumento ó disminucion por muchos años. Es mui de notar que si la hinchazon del bazo es la consecuencia de la fiebre intermitente, despues conserva este mal ó la disposicion á sus ataques, que no cede hasta no curar con los exutorios, deobstruents y los evacuantes, el tumor del bazo.

ta enfermedad, han sido los purgantes usados con frecuencia, en especialidad combinados con los tónicos. El polvo ó la mixtura denominados para el Bazo, en Bengala y otros países de la India, son mezclas de ruibarbo, escamonea, jalapa y crémor tártaro con colombo y sulfato de hierro, tomados tres veces al dia y en una dosis capaz de promover una evacuacion regular y moderada. El Sr. Twining asegura, que veinte dias son, por lo ordinario, bastantes para bajar por este método un tumor considerable del bazo, si el mal es reciente. Otros emplean el ácido nítrico y purgantes aloéticos. Los indígenas de la India emplean el cauterio actual, y una combinacion de acíbar, ajos y vinagre, ó acíbar con sulfato de hierro. Es probable que la aplicacion externa de la yodina sea útil (*).

(*) Refiriéndonos á nuestra práctica, no podemos ménos de diferir de la respetabilísima opinion del Dr. Aberdeen, hombre que en esta materia tiene que atenerse á la experiencia de otros. El mercurio dado despues de las evacuaciones sanguíneas tópicas, y ya en el estado crónico alternando con los purgantes y acompañado de los exutorios, forma un método seguro en este mal, y bien administrado, con aquella prudencia y reserva que conviene á una práctica ilustrada, mui pocas veces causa fuertes afecciones de la boca, ni la grave postracion de fuerzas que se acusan como los efectos perniciosos del tratamiento mercurial.

No puede disimularse que un uso desordenado del mercurio ó á veces una peculiaridad ó susceptibilidad de la constitucion del enfermo causan violentas irritaciones de la boca y de sus órganos, y una copiosa salivacion. La fiebre que Dieteride llama *mercurialis* ó salivosa, es á veces inducida por grandes y temerarias dosis de mercurio, y viene acompañada de inquietud, sequedad de boca, dolor de cabeza, pérdida de apetito, náuseas, piel seca y caliente, pulso acelerado, encías esponjadas y rojas, lengua á veces hinchada, y por lo comun termina en una evacuacion critica de profusa salivacion, de sudor ó por las cámaras. Suele ser tambien efecto de un uso impropio del mercurio. El cretismo mercurial de Pearson que Dieteride considera como una fiebre mercurial adinámica, caracterizada por una depresion considerable de fuerza, ansiedad en los hipocóndrios, frecuentes suspiros, horripilaciones, temblores generales ó particulares, pulso pequeño frecuente, á veces vómitos, cara pálida y facciones contraídas, la diarrea mercurial, el flujo de orina, el sudor excesivo, algunos desórdenes nerviosos, unas enfermedades cutáneas, son, en fin, algunas veces consecuencias de un tratamiento mercurial indiscriminado, inoportuno y mal conducido.

¶ Pero tambien es cierto que por la opinion de los que mas han estudiado los efectos del mercurio, esta sustancia es un remedio reso-

5º LOS TUBERCULOS DEL BAZO.

Los tubérculos son una enfermedad frecuente del bazo, y por lo comun viene combinada con esta misma lesion de otras partes del cuerpo: á veces se halla com-

lutivo y alterante, que en las enfermedades crónicas de las vísceras, especialmente las que provienen de inflamacion, ó está conexas con ellas, el mercurio es frecuentemente útil: v. g., el aumento de volúmen ó endurecimiento del hígado, la hepaticacion de los pulmones. (Véase Pereira: Materia médica.)—Si hemos de juzgar por su efecto en el hígado, este remedio debe producirlos análogos, si no del todo semejantes en el bazo. “Mas si el mercurio tiene una accion específica en el hígado (dice el Dr. Wilson Philip), un poder no solo de excitar sus funciones sino de corregir los varios desórdenes de estas funciones de una manera que no posee con respecto á ningun otro órgano, y que ninguna otra medicina posee con respecto al hígado.” (On the influence of minute doses of mercury.)

Las causas comunes de la inflamacion del bazo, son las mismas que las del hígado, y no es necesario variar esencialmente el método de tratamiento en ámbas enfermedades, supuesto que su progreso y terminacion no diferencian. (MASON: GOOD STUDY OF MEDICINE, t. 2.º) Este mismo autor, tratando del método curativo en los casos mas graves de la hepatitis crónica, dice: “En todos estos casos, el órgano está torpe aunque irritable, y la curacion debe depender del acierto de comunicarle un nuevo tono y vigor. La congestion general se desvanece de un modo mui eficaz con dosis de calomel, mas moderadas que las que se aconsejan en la hepatitis aguda, de modo que se produzca un efecto alterante, y de una manera suave se exciten las secreciones á un nuevo estado de actividad. Aunque tambien respecto de estos casos, en los países cálidos se procura excitar la salivacion; sin embargo, esta se promueve en un grado mas suave que en la variedad aguda.

El Dr. Santiago Coppland, en su excelente Diccionario de Medicina práctica, parte 8.ª, 1842, dice: “En los países cálidos, especialmente en la India Oriental, (tambien en América) las congestiones del hígado toman con frecuencia una forma mui activa, y se presentan con un aparato de síntomas mas prominentes que en los climas templados, y á causa de la asociacion general de la congestion biliosa con la sanguínea, y el gran cuerpo que en este caso toman las dos juntas, es mucho mas difícil determinar con exactitud la parte que cabe á cada porcion de la circulacion del órgano en la produccion de las apariencias enfermas. Mas por lo general esta entraña se aumenta mucho en volúmen, particularmente en su lóbulo derecho, y esta tumefaccion por lo comun se desenvuelve en la direccion de la cavidad del pecho, &c.”

Describiendo el tratamiento, dice: “Cuando los síntomas de la congestion activa del hígado están bien marcados, y el enfermo es fuerte, jóven, plétórico, ó recién llegado de un país cálido, convie-

pletamente henchido de tubérculos aun en los niños de pocos meses de edad. En estos casos son extraordinariamente mui pequeños y tienen una existencia sólida. En las personas mas avanzadas suelen llegar á un vo-

ne la sangría general ó local, segun las peculiaridades del caso. El estado del pulso en esta enfermedad no debe servir de regla exacta para prescindir de esta práctica, si los otros síntomas demuestran su necesidad. Algunas veces convicne repetir la sangría para prevenir la reaccion inflamatoria, mui expuesta á seguir á la congestion, sobre todo en los paises cálidos, cuando se ha descuidado la evacuacion de sangre, ó esta ha sido insuficiente: despues, una completa dosis de las preparaciones mercuriales seguida del uso de los remedios deobstruentes y de las sales purgantes, y aun lavativas de esta especie si se creen necesarias, y un vejigatorio aplicado al epigástrico ó al hipocóndrio derecho, por lo general hacen desaparecer la enfermedad. Pero si la congestion ó acumulacion biliaria está asociada con la vascular, es preciso ocurrir tambien á los purgantes llamados cholólogos, ó que obran mas evacuando la bilis, v. g. el ruibarbo, el tartrite de potasa antimonial, &c.^a En muchos de estos casos puede administrarse un emético con buen efecto, despues de la depresion sanguínea cuando esta está indicada. Mas en los casos mas graves de congestion vascular es expuesto administrar los vomitivos, á ménos de haber hecho ántes una copiosa sangría; de todos modos, el estado de las funciones biliares es el que debe servir de regla para su prescripcion. Por leve que parezca la congestion vascular, debe tenerse presente, especialmente en la India (mejor se diria en los paises cálidos), que con frecuencia originan la forma mas peligrosa de la hepatitis, y que el absceso puede seguir mui pronto á la inflamacion por efecto de la congestion.

Esta utilísima doctrina es toda aplicable á nuestro pais, y por analogía teórica y prácticamente reconocida á las obstrucciones del bazo con las del hígado, debe guiar á nuestros prácticos en el tratamiento del aumento de volúmen crónico de aquella entraña.

NOTA SOBRE EL USO DE LA YODINA EN LA OBSTRUCCION CRÓNICA DEL HÍGADO Ó DEL BAZO.

La congetura del Dr. Abercrombie sobre la utilidad del yodo en el aumento de volúmen del bazo, ha recibido en estos últimos años una amplia confirmacion. Esta sustancia ejerce sobre la economía animal una accion irritante incontestable. Tales son sus efectos sobre la cútis, sobre el estómago ó intestinos, en la circulacion, en las secreciones y absorciones. Aumenta la secrecion menstrual, á veces el flujo de moco y de saliva. (Trousseau y Pidoux. Tratado de Terapéutica y Materia médica. 1842, tomo 1.º, pág. 356 á 362). Es un poderoso irritante, y administrado interiormente es uno de los mas activos resolutivos y atenuantes, ó llamados liquefacientes; esto es, que aumenta las secreciones, impiden el proceso de la consolidacion y promueve el de la liquefaccion en la economía ani-

lúmen considerable, y suelen por la supuración pasar á muchísimos abscesitos.

En cuanto á los síntomas, Grotanelli trae el caso de una mujer que padecía náuseas, inapetencia, á veces

mal. Mui pocos remedios se absorven con tanta rapidez administrados exterior ó interiormente. Cautu, Wæhler, Wallace y otros, le han encontrado en la orina el sudor, la saliva, la leche y la sangre. (Pereira: Elementos de Materia médica y Terapéutica, página 236 y siguientes.)

En las personas muertas por el envenenamiento con grandes cantidades de yodo, se ha hallado el hígado con un color rosado, y el bazo con fuertes equimosis, manifestando esto que esta sustancia tiene una tendencia primitiva y específica á afectar estos órganos. (Cogswell, sobre el yodo y sus compuestos, 1837, página 46).

No es, pues, extraño que el Dr. Cogswell lo considere como un buen medicamento en los casos de aumento de volumen del hígado y bazo. "En varios casos, dice, de enfermedad crónica del hígado acompañada de ictericia, el Dr. Abercrombie ha hallado la pomada compuesta de *media dracma de yodo y una onza de grasa*, mui útil en este mal. El Dr. Milligan redujo el hígado hipertrofiado de un niño y el Dr. Elliotson obtuvo una rapidísima disminucion de este mal con el yodo localmente aplicado, y el hidriodato de potasa interiormente usado. El Dr. Milligan tambien ha prescrito con buen efecto la tintura de yodo en tres casos de hipertrofia del bazo en los niños. En la Gaceta médica se menciona un caso en que ha sido útil la tintura asociada con el uso externo del hidriodato de potasa. (Cogswell, obra citada, páginas 82 y 83.)

El yodo ha sido un remedio eminentemente feliz como un resolutivo en las enfermedades crónicas de varios órganos, especialmente en las acompañadas de endurecimiento y aumento de volumen. Por medio de una influencia inexplicable, sucede á veces, no solo que detiene el ulterior progreso de la enfermedad, sino que parece que restablece la parte á su estado normal. Comunmente se le administra para excitar la acción de los absorbentes: mas su influencia no era limitada á esta clase de vasos, sino que ejerce una acción directriz y modificadora sobre los vasos sanguíneos de la parte enferma, y es en el verdadero sentido de la voz un remedio alterante.

En la inflamación crónica, el endurecimiento y aumento de volumen del hígado, despues de adoptado el plan antiflogístico, los dos medios mas probable é importantes de alivio, son el yodo y el mercurio, que pueden ser usados juntos ó separados. Si la enfermedad todavía es capaz de curación, estos son los agentes que mas prometen buen éxito. Se ha supuesto que el yodo posee un poder específico sobre el hígado, no solo por su eficacia de aliviar ó curar algunas enfermedades de este órgano, sino tambien por los efectos causados en los casos de abuso de esta sustancia. En un caso se produjo dolor y endurecimiento del hígado; en otro que terminó fatalmente, ese órgano se halló aumentado de volumen y de color de rosa. (Pereira, *Materia médica*).

vómitos, alguna tos y dolor en el lado izquierdo, perdió el color y se le hinchó el vientre. Aumentó el vómito, el pulso se puso frecuente, vino el anasarca y murió al cabo de cinco meses. En la inspeccion cadavérica se halló mucho derrame en el vientre, el bazo mui aumentado de volúmen con veinte tubérculos llenos de pus espeso.

6º ENDURECIMIENTO ACOMPAÑADO DE PALIDEZ DEL BAZO APROXIMANDOSE AL ESCIRRO.

El Dr. Abercrombie no ha visto esta lesion orgánica del bazo; pero es mencionada por Portal y Lieutaud. Tambien se menciona un estado de endurecimiento de este órgano, acompañado de notable fragilidad, como una lesion que puede presentarse en la India. En este caso el bazo forzado entre las manos se desmorona como un queso viejo. Diemerbrock menciona un endurecimiento negro acompañado de grande aumento de volúmen.

7º HIDATIDES.

Las hidátides son frecuentes en el bazo, y aunque suelen hallarse enterradas en su sustancia, lo mas comun es que existan en quistes formados por la túnica peritoneal. En un caso de esta especie en que hubo una enorme hinchazon de la region del bazo, el Dr. Abercrombie halló que el mal consistia solamente en un grupo de hidátides cubiertos por la túnica peritoneal estando la sustancia del bazo poco alterada de su apariencia natural.

8º HEMORRAGIA DEL BAZO Y SU LACERACION POR VIOLENCIA EXTERNA.

Fournier refiere el caso de un hombre que sufrió las calenturas intermitentes cuartanas por varios meses, y ya considerado en convalencia, murió de repente despues de haber cenado mucho. El bazo fué hallado la

cerado y mui crecido, habia mucha sangre derramada en la cavidad del abdomen. Hai ademas archivados varios casos de laceracion del bazo por violencia externa; en algunos de ellos la muerte parece haberse originado de la hemorragia, en otros de la inflamacion. Lieutaud y Tulpius tratan casos de la primera especie. El Dr. Chisolme refiere otro de un hombre que cargando un peso cayó y se aporreo el hipocóndrio izquierdo con una piedra. Al principio sintió poca incomodidad, y aun pudo trabajar en su tienda de herrería; mas despues tuvo dolor en esta parte, fiebre, delirio y espasmo muscular: murió al cuarto dia del daño. La inspeccion del cadáver presentó todas las vísceras sanas excepto el bazo, que estaba algo crecido, y con la superficie anterior lacerada en toda su extension á la profundidad de dos pulgadas; los bordes de la laceracion en algunos lugares estaban floridos, en otros esfacelados.

No dejan de hallarse en la inspeccion de los cadáveres, algunas otras lesiones orgánicas del bazo; mas no distinguiéndose por síntomas particulares, de nada sirve describirlas; tales son las infiltraciones de fluido gelatinoso en la sustancia del bazo; el depósito de grasa en su estructura, la osificacion ó dureza cartilaginosa de su superficie externa, la disminucion notable de su volúmen con concreciones calcáreas, y un endurecimiento calculoso en toda su textura. En el diario del Dr. Johnson, de 1828, hai un caso tomado en las transacciones de Suecia, en que una mujer por la exposicion al frio y la suspension de la menstruacion, padeció dolor é hinchazon en la region epigástrica, y hemorragia por todas las aberturas del cuerpo. Luego que esto cesó, el bazo se halló mui dilatado; tuvo entónces una efusion en el abdomen y retorno de la hemorragia hasta causar la muerte. El bazo se halló de un tamaño enorme, y su sustancia estaba trasformada en un fluido glutinoso grumoso, que envolvian tres concreciones huesosas, una de las cuales tenia dos y media pulgadas de largo. El hígado estaba atrofiado.

INDICE

DE LAS MATERIAS CONTENIDAS EN ESTE TRATADO.



PRÓLOGO DEL AUTOR	PAG. 7
-----------------------------	--------

PATOLOGÍA DEL ESTÓMAGO.

Puntos sustanciales de la obra de Abercrombie sobre la Patología del estómago, canal intestinal, hígado y otras vísceras abdominales	9
--	---

ENFERMEDADES DEL ESTÓMAGO.

PRIMERA CLASE. De la gastritis	12
SEGUNDA CLASE. De las enfermedades del estómago que comprenden las mas propiamente orgánicas	25
TERCERA CLASE. De las enfermedades del estómago funcionales ó propiamente de la dispepsia	26

OTROS AFECTOS DEL ESTÓMAGO.

Formas con que se presentan.	28
--------------------------------------	----

ENFERMEDADES DEL ESÓFAGO.

Patología de la disfagia.	34
Patología del duodeno	35

PATOLOGÍA DEL CANAL INTESTINAL	36
--	----

PARTE I.

Afectos inflamatorios de las partes mas externas del canal intestinal que comprenden la peritonitis y la enteritis.	38
SECCION 1. ^a Síntomas de inflamacion intestinal bajo la forma de peritonitis y enteritis	39
SECCION 2. ^a Casos de peritonitis y de enteritis	42
SECCION 3. ^a Tratamiento de la inflamacion intestinal	47
SECCION 4. ^a Peritonitis erisipelatosa	52
SECCION 5. ^a Peritonitis crónica	57

PARTE II.

Afectos inflamatorios de la membrana mucosa del canal intestinal	63
Descripcion de los síntomas de estas lesiones.	73
Inflamacion activa de la mucosa del intestino	78
Enfermedades crónicas de la mucosa	88
Úlceras de la mucosa intestinal sin síntomas prominentes	95

PARTE III.**DEL ILEUS.**

SECCION 1. ^a El ileus puede ser fatal en el estado de distension sin inflamacion	112
SECCION 2. ^a El ileus puede venir acompañado de enfermedad previa, de tal naturaleza que obre desordenando el poder muscular sin obstruccion mecánica.	115
SECCION 3. ^a El ileus puede venir acompañado de obstruccion mecánica, ú otras alteraciones orgánicas en la estructura de las partes	119
Dos casos que ilustran la patología del ileus	123
Inducciones patológicas y prácticas de los hechos precedentes	124
Método curativo del ileus	129

Apéndice á las enfermedades del canal intestinal 133

PATOLOGÍA DEL HÍGADO 138

PRIMERA CLASE.—De las condiciones morbosas del hígado que parecen conexionadas con las enfermedades agudas 139

SEGUNDA CLASE.—Lesiones crónicas 142

Enfermedades de la vejiga de la hiel. 146

PATOLOGÍA DE LA ICTERICIA. 147

PATOLOGÍA DEL BAZO.

Enfermedades á que está expuesto. 149

FIN.

