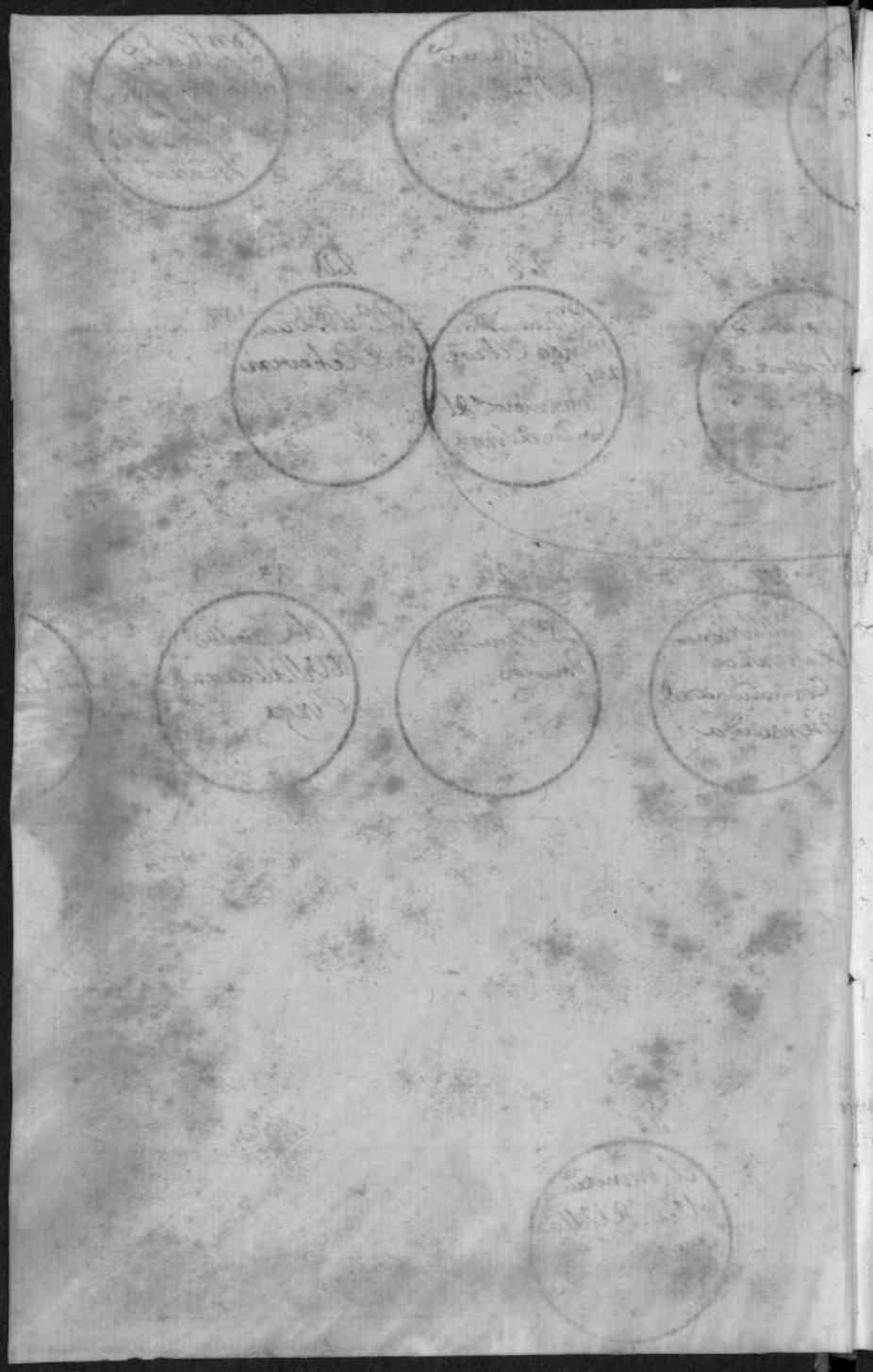
16781



BIBLIOTECA ESCOJIDA

DE

MEDICINA Y CIRUJIA.

BIBLIOTECA

ESCOGIDA

DE MEDICINA Y CIRUJIA,

ó

COLECCION

DE LAS MEJORES OBRAS DE ESTA CIENCIA

PUBLICADAS Ó QUE SE PUBLIQUEN EN EL ESTRANJERO,

y de otras originales

POR LOS PROFESORES DE MEDICINA Y CIRUJIA

Don Gabriel Usera, Don Matias Nieto y Serrano, Don Serapio Escolar y Morales, Don Francisco Mendez Alvaro, Don Francisco Alonso, y Don Antonio Codorniu.

BIBLIOTECA PROVINCIAL DE TERUEL

MADRID.
IMPRENTA DE LA VIUDA DE JORDAN E HIJOS,
1842.

CLINICA MEDICA

Ó

OBSERVACIONES SELECTAS

RECOGIDAS

EN EL HOSPITAL DE LA CARIDAD

(CLINICA DE M. LERMINIER),

POR G. ANDRAL,

CATEDRATICO EN LA FACULTAD DE MEDICINA DE PARIS, MIEMBRO TITULAR DE LA ACADEMIA REAL DE MEDICINA, Y DE LAS SOCIEDADES MEDICAS DE BOGOTA, EDIMBURGO, LIEJA, NAPOLES Y NUEVA ORLEANS; MEDICO DEL HOSPITAL DE LA PIEDAD, MEDICO CONSULTOR DEL REY, CABALLERO DE LA LEGION DE HONOR, ETC., ETC.

TRADUCIDA DE LA ULTIMA EDICION

POR LOS PROFESORES DE MEDICINA Y CIRUJIA

D. Gabriel Usera y D. Francisco Mendez Alvaro.

TOMO IV.

ENFERMEDADES DEL ABDOMEN.

II.

Nulla est alia pro certo noscendi via nisi quàm plurimas et morborum et dissectionum historias, tum aliorum, tum proprias, collectas habere, et inter se comparare.

MORGAGNI, *De Sed. et Caus. morb.* lib. IV. prœm.

MADRID:
1842.

CLÍNICA MÉDICA

O

OBSERVACIONES SELECTAS

RECOGIDAS

EN EL HOSPITAL DE LA CARIDAD

(CLÍNICA DE M. LEBOUVIER)

POR G. ANDRAL,

CATEDRÁTICO EN LA FACULTAD DE MEDICINA DE PARÍS, MIEMBRO
NUMERARIO DE LA ACADEMIA REAL DE MEDICINA, Y DE LAS SOCIEDADES
MÉDICA DE MOSCÚ, WURTEMBERG, LIMA, NÁPOLES Y NUEVA ORLEANS;
MÉDICO DEL HOSPITAL DE LA CARIDAD, MÉDICO CONSULTOR DEL REY,
CABALLERO DE LA LEGION DE HONOR, ETC., ETC.

TRADUCIDAS DE LA ULTIMA EDICION

POR LOS DOCTORES DE MEDICINA Y CIRUGIA

D. Gabriel Usera y D. Francisco Alcalde Alvaro.

ENFERMEDADES DEL ABDOMEN.

MADRID:

1843.

CLÍNICA MÉDICA.

OBSERVACIONES

ACERCA

DE LAS ENFERMEDADES DEL ABDOMEN.

Continuacion

DEL LIBRO I.

ENFERMEDADES DEL TUBO DIGESTIVO.

SECCION SEGUNDA.

ENFERMEDADES DEL TUBO DIGESTIVO, EN LAS QUE UNICAMENTE PREDOMINAN LOS SINTOMAS LOCALES.

Las observaciones incluidas en la primera seccion nos han presentado muchas formas de inflamaciones gastro-intestinales, en las que los síntomas generales dominan á los locales, ya por

su número, ya por su gravedad. En esta segunda seccion sucede lo contrario: las observaciones que contiene, hacen relacion á casos, en los que se indica con claridad y facilidad el asiento de la enfermedad por el sitio que ocupan los síntomas.

CAPITULO PRIMERO.

OBSERVACIONES ACERCA DE LA GASTRITIS AGUDA.

En los primeros años, que siguieron á la publicacion de los trabajos de M. Broussais acerca de las inflamaciones de las vias digestivas, se consideró por muchos médicos la gastritis aguda como una afeccion muy comun, y se refirieron á ella una multitud de enfermedades agudas muy semejantes entre sí. Observando despues con mas precision no se tardó en demostrar que la inflamacion aguda del estómago no es una afeccion que se encuentra con tanta frecuencia, y que en muchos casos se la habia supuesto de un modo gratuito. Asi es en efecto; pero no se detuvieron aquí, é intentaron una reaccion en sentido contrario, pretendiendo algunos ser tan rara la espresada flegmasia, que á no ser cuando la ocasionan los venenos corrosivos, no la habian hallado ni una sola vez. En el primer volúmen de esta obra hemos citado algunos casos, en que no podian esplicarse el movimiento febril y los síntomas de reaccion hácia el cerebro sino por la inflamacion, cuyos vestigios bien evidentes hallamos en el estómago. Al mismo tiempo que las observaciones siguientes nos demostrarán mas y mas la existencia real de esta flegmasia, nos permitirán estudiar algunas de sus mas importantes formas.

I.ª OBSERVACION.

Vómitos, dolor epigástrico, lengua al principio blanca, despues roja y seca, y finalmente cubierta de *blanqueta* (1). Movimiento febril continuo. Muerte á los cuarenta dias de la enfermedad. La membrana mucosa gástrica roja y friable.

Una mujer de 27 años habia disfrutado de buena salud hasta el mes de noviembre de 1830, en que experimentó vivas contrariedades. Desde esta época se perturbó su digestion, sintió un vivo dolor en el epigastrio, y al poco tiempo empezó á vomitar cuanto tomaba. Pasó como dos dias en este

(1) Hemos llamado *blanqueta* á este síntoma, que por sí mismo constituye á veces una enfermedad poco estudiada hasta el presente en nuestro

estado, al cabo de los cuales se metió en cama y entrò en la Casa Real de sanidad. El estado que ofreciò á nuestra observacion es el siguiente:

Su fisonomía generalmente pàlida presentaba una chapa muy encendida en cada una de las megillas, tenia ojeras, se hallaba muy débil, y hablaba en voz baja. En las últimas veinticuatro horas habia vomitado en diferentes veces cerca de dos cuartillos de bilis porràcea, que le amargaba de un modo insoportable al pasar por la boca, y cuantas bebidas intentaba tomar eran espelidas inmediatamente de la misma manera. Continuamente se llevaba la mano al epigastrio, donde sentia un vivo dolor; el resto del abdomen se conservaba indolente y aplanado; no habia movido el vientre hacia mas de cuatro dias; la lengua se hallaba cubierta de una capa blanca espesa, debajo de la cual se percibia gran número de puntos rojos acumulados, estando los mas numerosos y aparentes hàcia la estremidad anterior del organo. Se quejaba la enferma de una sed intensa, que no se atrevia à satisfacer, pues las angustias, que acompañaban á cada vòmito, la hacian temer su reproduccion. El pulso daba mas de ciento doce latidos por minuto, contándose en el mismo espacio de tiempo veinte y ocho inspiraciones. La piel estaba caliente y seca.

Consideramos à esta mujer atacada de una inflamacion aguda del estómago, y la prescribimos cuarenta sanguijuelas al epigastrio, de cuyas cisuras se dejò correr la sangre en un baño tibio. Por única bebida la permitimos una ligera infusion de flor de malva.

En el siguiente dia se hallaba algo mas aliviada la enferma; no habian cesado los vómitos, pero eran mas raros y menos abundantes; habia podido conservar un poco de la bebida, tomada últimamente, y la atormentaba menos el dolor del epigastrio: sin embargo persistia la calentura.

En los ocho dias siguientes mejorò y empeorò alternativamente, pero nunca pasò veinticuatro horas sin vomitar ya bilis, ya mucosidades blanquecinas, y à veces despues de esfuerzos de mas de media hora de duracion arrojaba una bocanada de un liquido semejante à la clara de huevo. El pulso conservaba su frecuencia, y el dolor epigástrico persistia, aunque en grados variables, permaneciendo la lengua con el mismo aspecto. Apenas pudo obtenerse en todo este tiempo una cámara con repetidas lavativas. Se aplicaron por segunda vez treinta sanguijuelas al epigastrio, y se la dieron muchos baños.

Despues se ensayó el uso del hielo, que no pudo soportar, y el agua de Seth cortada con agua de goma, que tampoco surtiò efecto: del mismo modo

---

pais, por lo que nos tomamos la libertad de decir que hasta ahora ha sido considerada como una especie de afta, constituyendo el *afta lactamen* de Sauvages, el *afta infantilis* de Plenk, y el *afta lactanticum* de Bateman. Ignoramos quien le ha asignado la denominacion de *muguet*, equivalente à *lirio* en castellano, con que mas generalmente se la conoce en Francia, y con el cual la designa Andral; diremos solo que Guersent usa indistintamente de esta denominacion, y de la de *blanchet* que hemos preferido traducir, por parecernos mas adecuada al genio de nuestro idioma, y creer que espresa mejor la exudacion blanca, que la constituye.

N. de los T.

hubo que renunciar á diferentes infusiones aromáticas, cuya administracion intentamos. La enferma se decidió á no tomar mas que algunas bocanadas de agua pura, que era lo que creia sentarla mejor.

Sin embargo, perdia cada vez mas, enflaquecia con una rapidez asombrosa, y hácia el vigésimo dia disminuyó el calor de la piel, conservando el pulso la frecuencia habitual. Entonces la aplicamos al epigastrio un vegigatorio, cuya superficie se pulverizó con hidro-clorato de morfina; pero no conseguimos modificar los vómitos.

Hácia el vigésimo sesto dia perdió la lengua la capa blanca que la cubria, y se puso roja y brillante en toda su estension.

Hácia el trigésimo cuarto empezó la lengua á cubrirse de una multitud de puntitos blancos, que bien pronto se manifestaron tambien en la cara interna de las megillas, y en las encias. Multiplicándose estos puntos no tardaron en convertirse en estensas chapas, que á manera de *blanqueta* confluente cubrieron la lengua, el interior de la boca, y el velo del paladar.

Murió el dia cuadragésimo, habiendo cesado los vómitos tres ó cuatro dias antes de la muerte.

ABERTURA DEL CADAVER.

La membrana mucosa de la lengua y carrillos estaba muy encendida debajo de la capa pultácea blanquecina, que la cubria. La faringe y el esófago se hallaban sanos. El estómago se encontró tan contraido, que apenas tenia el volúmen del colon transverso; su superficie interna era en toda su estension de un rojo pardusco, residiendo esclusivamente el color en la membrana mucosa, que tenia en todos los sitios mucho grosor, y era al mismo tiempo muy friable. En la cara libre se descubrieron una multitud de puntitos rojos ó negruzcos, que parecian estar principalmente situados en las vellosidades. Sin embargo, debajo de estas se hallaba el mismo cuerpo de la membrana mucosa enrogecido y como penetrado de sangre; en ningun punto pudo desprenderse dicha membrana en láminas, pues se deshacia con los dientes de las pinzas, y en muchos sitios parecia una pulpa sin consistencia. Tal era el estado de la membrana mucosa en casi todo el estómago, escepto en las inmediaciones del piloro, donde ofrecia un color simplemente agrisado, y recobraba su consistencia normal. El resto del tubo digestivo estaba pálido, sin observarse en él ni chapas, ni folículos aislados.

Los demas órganos de las tres grandes cavidades no ofrecian nada de notable, sino es que se hallaban todos exangües.

Este es un caso, en que la inflamacion aguda del estómago se presenta exenta de toda complicacion, debiendo por consiguiente referirse á ella todos los síntomas observados.

Dichos síntomas son muy marcados, y anuncian de un modo indudable el asiento y la causa de la enfermedad. Mientras esta duró estuvo la circulacion trastornada, único fenómeno sim-

pático que ocurrió. Al principio acompañó á la aceleracion del pulso el aumento de calor en la piel; pero mas adelante, y á medida que se aumentó la debilidad general, volvió la piel á su temperatura ordinaria, anunciándose el trastorno de la circulacion tan solo por la frecuencia del pulso. En este caso se hallaba evidentemente el movimiento febril bajo la influencia de la afeccion del estómago.

Son dignos de atencion los diversos aspectos que presentó la lengua en el curso de la enfermedad. La capa blanca y gruesa que la cubria al principio hubiera podido inducir á error acerca de la verdadera naturaleza de la afeccion; pero debajo de ella ofrecia el órgano una viva rubicundez, y estaba muy distante de hallarse pálido á su alrededor. No era de consiguiente uno de los casos en que puede combatirse y aun hacerse desaparecer la capa blanca de la lengua con un vomitivo. A medida que progresaba la enfermedad se despojó la lengua de la capa que la cubria, adquirió un color rojo uniforme, y mas adelante fué invadida por una erupcion semejante á la *blanqueta*, que precedió á la terminacion fatal. Asi, pues, los diferentes cambios que sufrió la lengua se hallaron constantemente en relacion con la intensidad siempre creciente de la enfermedad, y por diversos que fuesen los aspectos que sucesivamente presentase este órgano, siempre dependian de un estado inflamatorio del estómago.

Es raro que persistan los vómitos por tanto tiempo y de un modo tan contínuo como en este caso. Fueron inútiles todos los medios terapéuticos que se les opusieron; no siendo tampoco mas eficaces contra la misma enfermedad, que siguió y se empeoró sin cesar, á pesar del enérgico tratamiento antiflogístico empleado desde los primeros tiempos de su existencia.

II.ª OBSERVACION.

Vómitos, lengua roja y seca, dolor epigástrico. Calentura. Tres semanas de enfermedad. Rubicundez y reblandecimiento de la membrana mucosa del estómago.

El 25 de octubre de 1832 entró en el hospital de la Piedad una mujer de 74 años de edad, que algunos dias antes habia sido acometida, sin causa conocida, de un dolor muy vivo en el epigastrio, y de vómitos.

Cuando la vimos se hallaba ya muy débil, la lengua tenia un color rojo uniforme, y estaba lisa en su superficie; atormentada la enferma de una sed muy viva, vomitaba cuanto bebia, se quejaba de un dolor intenso en el epigastrio, que se aumentaba por la presion; el resto del vientre se hallaba indolente y nada abultado; hacia cuatro dias que no defecaba; existia una tos ligera; el pulso era frecuente, y habia aumento de calor en la piel. *(Se aplicaron veinte y cinco sanguijuelas al epigastrio, y se prescribió agua gomada por única tisana.)*

En los dias siguientes persistieron los vòmitos, que no solo espelian las bebidas, sino tambien de cuando en cuando con esfuerzos y en medio de angustias una pequeña cantidad de bilis amarilla ò verde. La espulsion de esta bilis iba precedida de una sensacion de ardor hàcia el apéndice xifoides, que en el acto de espelerla se prolongaba à lo largo del esòfago. El pulso siempre acelerado fué siendo cada vez mas pequeño; el enflaquecimiento y la debilidad hicieron rápidos progresos, y murió la enferma el 11 de noviembre sin presentar ningun sintoma nuevo. En los últimos dias la lengua se puso muy roja y seca; las nàuseas y los vómitos persistieron hasta el fin.

ABERTURA DEL CADAVER.

Nada notable en la faringe y el esòfago.

El estòmago estaba muy contraido sobre si mismo, sobre todo en su porcion pilórica, y su superficie interna se hallaba tapizada por un moco viscoso, de un blanco amarillento y muy adherido á sus paredes.

Debajo de este moco, que se levantò con algun trabajo, hallamos la membrana mucosa en toda la estension del fondo, y especialmente en la cara posterior, desde el cardias hasta el piloro, de color rojo oscuro. Esta rubicundez penetraba todo el grueso de la membrana, que habia perdido su consistencia en los puntos donde estaba roja, y reducidose en algunos sitios á una especie de pulpa, que era imposible levantar en colgajos por medio de las pinzas. La misma membrana tenia en la cara anterior un color apizarrado, sin hallarse notablemente modificada en su consistencia. Cerca del piloro se notaban algunos mamelones. Los diferentes tegidos subyacentes de la membrana mucosa se encontraron en estado normal, formando un contraste notable la perfecta blandura del tegido celular sub-mucoso con la intensa rubicundez de la membrana que le cubria.

Los intestinos delgados contenian en su parte superior un liquido amarillento, que se volvia rojizo inferiormente. En varios puntos presentaban una inyeccion bastante viva.

Los intestinos gruesos estaban generalmente pàlidos.

El hígado era del tamaño regular, estaba pàlido y se desgarraba con una estremada facilidad. Distendia á la vegiguilla de la hiel una gran cantidad de bilis amarilla, en medio de la cual existia un càlculo del tamaño de una almendra, de figura oval y cristalizado en su interior.

El bazo tenia el volúmen y consistencia normales. El aparato urinario estaba sano.

Cada uno de los ovarios se habia transformado en un tumor multilobular, que tenia el volúmen de un huevo de gallina, y el útero se hallaba ocupado por un liquido rojizo.

En el lòbulo superior de ambos pulmones habia algunas concreciones calcáreas, rodeadas de un parenquima negro y endurecido. En el aparato circulatorio no habia de notable sino algunas osificaciones en la aorta.

Los centros nerviosos se encontraban esentos de toda alteracion apreciable.

El único órgano en que hallamos alguna alteracion despues de la muerte fué el estómago, y justamente á una gastritis atribuimos durante la vida todos los síntomas. Estos fueron poco mas ó menos los mismos que en la primera observacion: los vómitos, aunque menos abundantes, persistieron con igual pertinacia; el dolor epigástrico fué tan intenso; la lengua, roja y seca desde los primeros dias, no empezó por cubrirse de una capa blanca como en la historia de la obs. I, ni tampoco presentó hácia el fin ningun indicio de *blanqueta*. En la una y en la otra existió el mismo movimiento febril, y en ambas fué la muerte consecuencia de la debilidad progresiva, ocasionada por la inflamacion aguda del estómago. Acaeció en menos tiempo en la segunda enferma, que tenia mucha mas edad que la primera.

En la siguiente observacion veremos una inflamacion aguda del estómago, que condujo tambien al sepulcro á una mujer, despues de haber durado treinta y seis ó cuarenta dias: la lesion anatómica es siempre la misma, pero los síntomas presentan alguna diferencia.

III.ª OBSERVACION.

Afeccion reumática al principio; al cabo de algunos dias desaparicion repentina de los dolores, que son reemplazados por uno vivo en el epigastrio. Persistencia de este, y de calentura continua por 40 dias. Vómitos solo en los ultimos; delirio hácia el fin. Lengua blanca al principio, despues roja y seca, y mas adelante difteritis. Rubicundez y reblandecimiento de la membrana mucosa del estomago.

Una mujer de 55 años, de constitucion fuerte, que habitualmente hacia malas digestiones, disfrutaba sin embargo bastante buena salud, cuando supo repentinamente que uno de sus hijos acababa de estrellarse en una de las calles de Paris. Contuvo su dolor, volando en su socorro, sin parecer en el resto del dia que se hallase enferma. Pero por la noche no durmió, y al siguiente dia por la mañana la acometió un violento escalofrio, que fué seguido de gran calor; este persistió todo el dia, y por la noche se hincharon y pusieron doloridas muchas articulaciones. Pasaron tres ó cuatro dias en tal estado, durante los cuales se presentaron todos los síntomas de un reumatismo agudo con calentura; y al cabo de este tiempo, y sin haberse empleado ninguna medicacion activa, se deshincharon las articulaciones, y dejaron de doler; pero la enferma sintió entonces un dolor intenso y dislacerante en el epigastrio, al que se opuso una aplicacion de sanguijuelas, logrando disminuirle, pero no disiparle. La enferma guardó cama los cinco ó seis dias siguientes, y entró en el hóspital de la Piedad á principios de febrero de 1832, hallándose próximamente en el dozavo dia de la enfermedad.

Tenia calentura intensa, se quejaba de un dolor en el epigastrio, que se aumentaba por la presion; la atormentaba una sed viva, con anorexia completa; no tenia vómitos ni náuseas, y apenas habia movido el vientre dos veces en los doce dias. La lengua cubierta de una capa blanca gruesa ofrecia en los bordes y punta un salpicado rojo muy vivo.--Nos pareció que procedian del es-

tòmago la calentura y los demas síntomas *(Treinta sanguijuelas al epigastrio.)* Salió mucha sangre por las picaduras; y á pesar de todo no habia alivio ninguno al siguiente dia, pues daba el pulso 120 latidos por minuto, estaba la piel ardorosa, y persistia el dolor epigàstrico. *(Agua de goma, dieta, y lavativas de agua de malvas.)*

Permaneciò la enferma en el mismo estado durante los doce siguientes dias, al cabo de los cuales tomó un poco de caldo y algunas ciruelas cocidas. A la siguiente mañana de haberla dado este ligero alimento no tuvimos motivo para felicitarnos de haber cedido à las instancias que nos habia hecho, no porque tuviera hambre, sino porque creia que los alimentos remediarian la debilidad siempre creciente en que se encontraba. La lengua, que hasta entonces se habia conservado blanca y húmeda, se despojò de la capa que la cubria, y se puso roja y lisa, la sed se hizo mas viva que los dias precedentes, y el dolor epigástrico adquirió mayor agudeza. La enferma se hallaba tan débil, que vacilamos en recurrir á otra nueva emision sanguinea, pero al cabo nos decidimos. *(Doce sanguijuelas al epigastrio.)*

Nos parece que de esta aplicacion no resultó ni bien ni mal: hallamos al siguiente dia la lengua tan roja y seca como el anterior, siendo tambien igual la frecuencia del pulso. En los tres ó cuatro dias siguientes no se observò nada de nuevo; pero pasados estos apareció otro síntoma: la enferma empezó à vomitar las bebidas mezcladas con una pequeña cantidad de bilis amarillenta; y en seguida la lengua y todo el interior de la boca se cubrieron de peliculas blancas, que se estendian por la superficie interna de los carrillos à manera de estensas membranas falsas, entre las cuales se distinguia la membrana mucosa roja y sanguinolenta. Esta erupcion diftérica coincidió con un aplanamiento cada vez mayor, se alteraron las facciones, el pulso conservó siempre su frecuencia, habo aun de cuando en cuando algunos vómitos, y sobrevino un delirio vago; acaeciendo la muerte cosa de cuarenta y ocho horas despues de empezar à trastornarse la inteligencia. Hasta el último momento fueron muy raras las càmaras.

ABERTURA DEL CADAVER.

El esófago y la faringe se hallaban sanos. En las dos caras del estómago y en el fondo estaba la membrana mucosa muy rubicunda y reblandecida. Hàcia el piloro ofrecia la misma membrana muchos mamelones agrisados El duodeno presentaba un tinte apizarrado, debido à la coloracion negruzca de las vellosidades. El mismo tinte existia en el tercio superior del yeyuno, no ofreciendo nada de notable el resto del conducto intestinal.

Es digno de atencion el principio de esta enfermedad. La emocion moral fuerte, que fué causa ocasional de su desarrollo, no obró al principio sobre el estómago, sino que determinó un reumatismo articular, acompañado de un intenso movimiento

febril. Al ver su agudeza debiera juzgarse que probablemente duraría mucho tiempo, y que las articulaciones tan inflamadas y doloridas volverían con lentitud á su estado natural; sin embargo, no fué así: repentinamente, y antes de la época regular, desapareció el reumatismo; en pocas horas se encontraron libres todas las articulaciones, presentándose al mismo tiempo, y como por una especie de metastasis, un vivo dolor en el estómago: en vez, pues, del reumatismo. se desarrolló una gastritis. Pero en oposicion á la enfermedad á que habia sucedido, se exacerbó en su curso, haciéndose cada vez mas intensa. La lengua ofreció siempre los mismos cambios que hemos notado en las precedentes observaciones: al principio se cubrió de una capa blanquecina salpicada de rojo en toda la circunferencia; en seguida presentó un color rojo uniforme; y finalmente, se tapizó de membranas falsas, que poco á poco invadieron toda la boca.

Al paso que en los casos anteriores fué el vómito uno de los síntomas predominantes, apareciendo con la enfermedad y persistiendo durante todo su curso, aquí por el contrario no existió hasta la última época, y casi al mismo tiempo que la difteritis. No es pues necesaria la presencia de tal síntoma en todas las inflamaciones del estómago, y aunque se presente puede como en el caso actual no acompañarlas en todo su curso. Es en general de mal agüero cuando sobreviene en una época tan adelantada de la enfermedad.

En este caso como en los precedentes fué el epigastrio asiento de un vivo dolor, que persistió todo el curso de la enfermedad, de donde se infiere que la membrana mucosa gástrica no es tan insensible como han asegurado muchos autores. Sin embargo en razon de las infinitas variedades de sensibilidad individual puede acontecer que se inflame en alto grado la referida membrana, sin que los enfermos esperimenten notable dolor, de lo que veremos un ejemplo inmediatamente. No hay ningun síntoma, que se halle necesarimente unido á la enfermedad aunque la anuncie en el mayor número de casos, y pueden de consiguiente existir gastritis agudas sin vómitos ni dolor, como hay pleuresias sin dolor de costado y pulmonías sin espectoracion herrumbrosa.

Es la primera vez que observamos delirio, pero no sobrevino hasta el fin de la enfermedad, en la época de deterioro de todos los actos vitales, en que el trastorno de la inteligencia suele muy frecuentemente preceder algunas horas á la cesacion de la vida.

No es inútil observar que no se empleó ningun tratamiento

activo hasta el momento de la desaparicion del reumatismo articular, y que esta afeccion desapareció espontánea, repentina é inesperadamente para producir en cierto modo una *metastasis* sobre el estómago.

En la práctica civil hemos tenido ocasion de observar un caso exactamente semejante al que acabamos de citar. Una señora de cerca de 60 años, cuyo estómago habia tenido siempre tal susceptibilidad que la obligaba á sujetarse habitualmente á un régimen severo, se fatigó mucho por cuidar un hijo peligrosamente enfermo. Repentinamente fué acometida de una calentura y de un reumatismo articular de los mejor caracterizados. La constitucion delicada de la enferma, las causas de debilitacion que habian obrado en ella, y las penas morales, que aun la atormentaban, nos inclinaron á no sangrarla. El reumatismo duró algunos dias, y desapareció de repente, presentándose al mismo tiempo muy dolorido el epigastrio; se puso roja la lengua, y duró la calentura los cincuenta dias siguientes, en cuyo periodo observamos exactamente los mismos síntomas que hemos citado en el caso anterior, y al cabo de este tiempo sobrevino la muerte: no se hizo la abertura del cadaver.

IV.ª OBSERVACION.

Cólera grave. Durante la convalecencia reaparicion de los vómitos, rubicundez y sequedad de la lengua, y aceleracion del pulso. Rubicundez y reblandecimiento de la membrana mucosa del estómago.

Entró en el hospital de la Piedad á mediados de noviembre de 1832 un jóven de 23 años con todos los síntomas de un cólera grave: tenia la cianosis en un grado elevado, y apenas se percibia el pulso radial. Los únicos medios que se emplearon fueron el hielo y el agua de Seltz interiormente, los narcóticos y los rubefacientes ambulantes por toda la piel. A las 48 horas de su permanencia en el hospital cesaron todos los accidentes graves, y podia considerarse al enfermo como próximo á la convalecencia. Una vez se procuró mas alimentos que los que le permitiamos y sobrevino una funesta recaida, hallándole al siguiente dia de tal imprudencia en el siguiente estado:

Los ojos se habian puesto de nuevo ojerosos y hundidos, como cuando tenia el cólera; la lengua no ofrecia nada de particular, pero le atormentaba una viva sed. Habia á su lado un sillico lleno de materiales de vómitos, formados en la mayor parte por alimentos mal digeridos; no tenia ningun dolor en el epigastrio ni en el resto del vientre, y habia arrojado por las cámaras algunos líquidos; el pulso estaba frecuente sin haberse aumentado el calor de la piel. Nos prometiamos que fuese una simple indigestion, y aguardamos al siguiente dia para obrar.

Pero en el referido dia nos pareció mas sério el estado del enfermo. Los vómitos, que no se habian suspendido, se hallaban constituidos por bilis verdosa y poco abundante; la lengua estaba roja y seca, y sin embargo perma-

necian indolentes el epigastrio y el resto del abdomen; no se habia movido el vientre; el pulso daba 130 latidos por minuto, y la piel estaba ardorosa. No dudamos que existia una gastritis, aunque no hubiera ningun dolor en el estómago. (*Se aplicaron inmediatamente treinta sanguijuelas al epigastrio*).

En los veinte y cinco dias siguientes conservò el enfermo un movimiento febril continuo, y la lengua constantemente roja y húmeda. Tenia sed viva y frecuentes náuseas, arrojando de cuando en cuando por el vómito ya una mucosidad filamentosa bastante parecida à la clara de huevo, ya bilis amarilla ò verdosa; el abdomen, incluso el epigastrio, estaba indolente en todos los puntos, y existia una constipacion pertinaz. El enfermo llegó ràpidamente al último grado de marasmo, y murió como debilitado, sin agonia y conservando integra la inteligencia.

ABERTURA DEL CADAVER.

El estòmago se hallaba muy contraido en toda su estension, contenia una pequeña cantidad de bilis amarilla, y ademas una lombriz gruesa. Sus paredes estaban tapizadas por una capa de mucosidades blanquecinas sin viscosidad y de apariencia purulenta. Habia numerosas arrugas entrecruzadas entre si en la superficie interna. Esta presentaba un aspecto singular: sobre un rojo pardusco aparecian gran número de manchas de un rojo vivo, que daban à la membrana mucosa un aspecto jaspeado: habria diseminadas en la superficie interior del estòmago cuando menos sesenta de las espresadas manchas, que teniendo por término medio unas dos líneas de diámetro, estaban formadas por una reunion de vasos muy delgados, é inyectadas de un modo admirable. Donde existian estas manchas se hallaba la membrana mucosa blanda y como pulposa, y en los intersticios engrosada, pudiendo desprenderse en làminas anchas. Se encontraron muy inyectadas las válvulas del duodeno, lo mismo que las del principio del yeyuno. El resto de los intestinos delgados no ofreciò de particular mas que un gran número de folículos de Brunero distribuidos en el tercio inferior; los expresados folículos eran blancos, y estaban poco desarrollados. Los intestinos gruesos se hallaban blancos y contenian algunos materiales configurados.

Solo notamos en las demas vísceras del abdomen un gran desarrollo del bazo, cuyo tejido se hallaba reblandecido; y que el hígado era mas friable que en el estado natural, siendo al mismo tiempo su parenquima de color rojo claro.

Nada habia de singular en el cráneo ni en el torax, escepto un gànglio linfático completamente transformado en materia osea, que formaba un pequeño tumor delante del cayado de la aorta.

Hemos visto muchos casos semejantes al precedente durante la epidemia del cólera que ha reinado en París en el estío de 1832. Muchos sugetos despues de haber tenido el cólera en diversos grados no se restablecian, continuaban con digestiones difíciles

con dolor mas ó menos vivo en el epigastrio, y con náuseas y vómitos. En muchos cesaban poco á poco estos diversos síntomas, y se restablecia la salud. Pero en otros se afectaba cada vez mas el estómago, se hacian mas frecuentes los vómitos, y llegaba un momento en que arrojaban cuanto bebian; con mucha frecuencia vomitaban muchas veces al dia bilis verdosa; rara vez conservaba la lengua su estado natural: blanca y húmeda al principio acababa por secarse. En todos los casos que hemos observado, habia un movimiento febril contínuo. Los enfermos se ponian repentinamente marasmódicos, y sucumbian en un espacio de tiempo, que en nuestras observaciones nos ha parecido estar comprendido entre veinte y cinco dias y tres meses. En el estómago de los que han muerto presentando tal conjunto de síntomas, y cuya inspeccion practicamos se hallaron vestigios de inflamacion (1); en los que morian poco despues de haber empezado la enfermedad encontrábamos roja y reblandecida la membrana mucosa gástrica; y en los que fallecian pasado mas tiempo presentaba unas veces el mismo aspecto, y otras tenia un colorido pardusco ó apizarrado, y se hallaba su tegido engrosado y endurecido.

En semejantes casos ha sido completamente insuficiente el tratamiento antiflojístico; mas no por eso hemos dudado que era el que podia convenir mejor, no habiendo observado resultados mas favorables de los demas tratamientos ensayados ya por nosotros mismos, ya por otros prácticos.

V.ª OBSERVACION.

Síntomas de gastritis aguda. Muerte al décimo-nono dia. Rubicundez intensa de la superficie interna del estómago con reblandecimiento pultáceo de todo el grueso de sus paredes.

Un oficial de sombrerero de 21 años de edad, que habitualmente disfrutaba de buena salud, entró en la Caridad durante el mes de marzo de 1822. Diez dias antes de su entrada habia perdido el apetito, sintiéndose luego acometido de un vivo dolor en el epigastrio, de náuseas y de vómitos. Cuando se sometió á nuestra observacion no vomitaba, pero el epigastrio era sensible á la presion; la lengua cubierta de una capa blanquecina muy gruesa en su centro, se hallaba muy encendida en su punta y bordes. Tenia una sed abrasadora, que no se atrevia á satisfacer temiendo que la ingestion de las bebidas aumentase el dolor del epigastrio y provocase náuseas. El pulso era muy frecuente, y habia aumento de calor en la piel. (*Sangría de diez y seis onzas.*)

---

(1) Mas adelante citaremos casos, en que habiendo existido síntomas muy semejantes, hemos hallado al estómago exento de toda alteracion apreciable.

Entonces se hallaba en el undécimo dia de la enfermedad. Hasta el siguiente hubo vómitos contínuos, y en el décimo sesto estaban las facciones tan profundamente alteradas como en la peritonitis mas aguda: se encontraba el enfermo en un estado de angustia difícil de describir: la voz se habia estinguido como en un colérico, el pulso conservaba siempre una gran frecuencia, pero la piel habia perdido el calor. (*Estenso vejigatorio al epigastrio.*) Continuaban los vómitos el décimo séptimo dia, y aunque eran poco abundantes no transcurria media hora, sin que el enfermo arrojase algunas bocanadas de bilis verdosa. El décimo octavo dia hubo delirio. El décimo nono cara hipocrática y estremado aplanamiento. Murió del décimo nono al vigésimo dia.

ABERTURA DEL CADAVER.

En el momento de ir á levantar el estomago para examinarle nos admiramos de que se rompieran sus paredes entre nuestros dedos sin hacer mas que una ligera traccion. En toda la mitad izquierda del órgano carecian de consistencia sus túnicas desde la peritoneal hasta la mucosa, y se deshacian como una especie de pulpa. En todos los puntos donde existia este reblandecimiento se hallaban las paredes del estómago como equimosadas, y de un rojo livido, que era mas intenso en la superficie interna del órgano. Las paredes del estómago recobraban su consistencia ordinaria desde cerca del píloro, teniendo en este sitio la mucosa un colorido agrisado.

Ni el resto del tubo digestivo, ni los demas órganos ofrecieron nada de notable.

Esta observacion difiere de las cuatro precedentes por la naturaleza de la alteracion que residia en el estómago. No se habia limitado la flogosis á la membrana mucosa, sino que se habia estendido á las demas túnicas; de donde resultó un reblandecimiento de las paredes del estómago, que recuerda el observado en los niños por el catedrático Cruveilhier, y descrito con el nombre de reblandecimiento gelatiniforme. El reblandecimiento coincidia en este caso con una de las mayores hiperemias. Por otra parte la intensa inflamacion del estómago se habia anunciado durante la vida por síntomas bien delineados, y semejantes á los que hemos hecho resaltar en las historias precedentes.

Hemos hallado un reblandecimiento del estómago en todo semejante al que acabamos de describir en un niño, á quien se habia administrado el sulfuro de potasa para curarle de un croup. Cedió este en efecto, pero no se restableció el niño. Sucumbió al poco tiempo despues de haber presentado como síntoma predominante vómitos contínuos. Las paredes del estómago no ofre-

cian verdaderamente en su totalidad mas que una pulpa rojiza que se deshacia entre los dedos.

VI.ª OBSERVACION.

Vomitos continuos por cuarenta dias. Ulcera del estómago. Psoitis.

Una negra de 30 años de edad, que habia disfrutado habitualmente de buena salud, se sintió acometida cuarenta dias antes de entrar en la Piedad de dolores en el epigastrio, que nunca fueron muy vivos, y de vómitos, que continuaron todos los dias. Tales fueron los únicos datos que de ella pudimos obtener.

Cuando se sometió á nuestra observacion (el 10 de marzo de 1832) habia llegado al último grado de marasmo y debilidad, tenia calentura, la lengua estaba roja y seca, los vómitos eran menos frecuentes, y no consentia tomar mas que algunas cucharadas de una ligera disolucion de jarabe de goma en agua; no se quejaba de ningun dolor en el vientre, y permanecia acostada sobre el dorso. Estuvo diez dias en el hospital, y al cabo de este tiempo murió, despues de haberse debilitado gradualmente. En los últimos dias de su existencia dejó de vomitar, conservándose la lengua roja y seca hasta el fin, y persistiendo la frecuencia del pulso.

ABERTURA DEL CADAVER.

La cara interna del estómago se hallaba blanca en toda su estension, y la membrana mucosa tenia su consistencia normal. Al lado derecho, al nivel del orificio cardiaco, y á cosa de dos pulgadas de distancia de él, existia una úlcera oblonga, de seis líneas de largo por tres de ancho, cuyo fondo era pálido, no hallándose engrosada en los bordes la membrana mucosa.

El resto del tubo digestivo estaba pálido como el estómago. En la estension de un pie por encima de la válvula ileo-cecal se presentaban algunas glándulas de Peyero, que únicamente se conocian por un salpicado negro, pues no escedian del nivel de la superficie intestinal. El colon se hallaba sembrado de gran número de folículos de Brunero, blancos como la mucosa que los rodeaba.

El hígado era pálido y blando, el bazo pequeño y tambien blando. Uno de los cálices del riñon izquierdo estaba lleno de materia purulenta. El corazon y los pulmones se hallaban sanos.

En vez del músculo psoas del lado izquierdo existia un vasto foco purulento, en el que estaban bañados los cuerpos de muchas vértebras despojadas de su periostio.

He aquí una observacion notable sin duda bajo el doble aspecto de los síntomas y de las alteraciones que los produgeron. Una úlcera poco considerable, que no ocupaba sino algunas líneas en el estómago, sin ninguna otra alteracion en este órgano,

sin ningun vaso inyectado en toda su estension, sin modificacion de consistencia de su membrana mucosa, y á pesar de todo síntomas muy graves por parte del estómago, ¿no son de admirar unos vómitos tan prolongados y pertinaces, cuando se reflexiona que úlceras del estómago mucho mas estensas, y acompañadas de otros desórdenes orgánicos, no producen con frecuencia ningun vómito? ¿Quién dejará de percibir tampoco la coincidencia de la rubicundez y sequedad de la lengua con semejante estado del estómago?

Sin duda la abundante supuracion, que existia en uno de los músculos psoas, tuvo una gran parte en la produccion de cierto número de síntomas; pero si bien podemos referir á ella hasta cierto punto la calentura y el enflaquecimiento, apenas puede admitirse que fuese causa de los vómitos.

¿Cuál era por último el orígen de la materia purulenta hallada en uno de los cálices? ¿Habria sido segregada en él? los tejidos inmediatos no presentaban indicios de inflamacion. ¿Habria sido conducida por la absorcion? No seria la primera vez que hallásemos pus en la orina sin ningun vestigio de flegmasia en los riñones, los ureteres ni la vegiga, y existiendo en otra parte del cuerpo una coleccion purulenta.

VII.ª OBSERVACION.

Numerosas úlceras en la superficie interna del estómago. Erupcion diftérica en toda la membrana mucosa bucal. Tubérculos pulmonares.

Durante el verano de 1832 entrò en el hospital de la piedad una mujer de 26 años de edad con todos los signos de una tisis pulmonar muy adelantada. En los veinte últimos dias de su permanencia se cubrieron la lengua, las encias y los lábios de una capa blanquecina como cremosa, parecida á la erupcion de la *blanqueta*. En toda la boca existia un vivo dolor, era completa la anorexia, y la sed intensa, hallàndose habitualmente dolorido el epigàstrio. De cuando en cuando tenia la enferma náuseas, pero nunca vòmitos. Se la estinguiò la vida del mismo modo que à todos los tísicos el 29 de junio.

ABERTURA DEL CADAVER.

La superficie interna del estómago estaba tapizada por una gruesa capa de mucosidades parduscas, muy adheridas à la membrana mucosa; esta se hallaba en su totalidad verdaderamente acribillada de una multitud de úlceras pequeñas, idénticas en forma y tamaño. Eran exactamente redondeadas, y su diàmetro no llegaba à tres líneas. Formaba su fondo el tegido celular submucoso, que habia conservado su blancura y grueso normales. Al lado de estas úlceras se veia cierto número de depresiones ó lagunas, en cuyo fondo estaba tambien la membrana mucosa reducida à una hoja muy delgada, y cu-

bierta por una materia negruzca, que parecia ser un resto de su plano mas superficial. Conservaba dicha membrana su grueso y consistencia ordinarias entre las úlceras y las lagunas; se hallaba blanca en toda su estension, escepto hácia la pequeña corvadura en una porcion del tamaño de un duro, donde tenia un salpicado rojo muy vivo.

En la cara interna del duodeno habia tres manchas negras, formadas por la misma membrana mucosa engrosada y como infiltrada de materia negra, que en los límites de cada una de las manchas adquiria un colorido rojo. Debajo de estas tres manchas, hácia la union de la segunda y tercera corvadura del duodeno, se halló una úlcera cubierta por restos de la materia negra de que acabamos de hablar. En el tercio inferior de los intestinos delgados, en el ciego y en el principio del colon, existian muchas úlceras sembradas de tubérculos.

Tapizaba al estómago una materia negruzca: su superficie interna ofrecia largas fajas longitudinales, donde faltaba el epitelium, y se hallaba principalmente acumulada la materia negra.

Habia tubérculos y cavernas en los pulmones, y existian indicios de peritonitis crónica, con numerosos tubérculos en medio de membranas falsas. El hígado estaba pálido, friable, y manchaba de grasa al escalpelo.

Hemos citado principalmente esta observacion para dar á conocer la notable alteracion hallada en el estómago. Las numerosas úlceras que existian en este órgano habian sido probablemente precedidas por manchas negras, análogas á las que se conservaban todavía íntegras en el duodeno. ¿Cuál era su naturaleza? ¿Constituian otras tantas escaras, que habian sucedido á una multitud de flegmasias pequeñas circunscritas de la membrana mucosa, semejantes á las encontradas en la observacion IV? Nótese tambien que en muchos puntos solo se hallaba destruido el plano mas superficial de la membrana mucosa, que está formado especialmente por las vellosidades, reemplazándole la materia negra, de que hemos hablado.

En cuanto á los síntomas solo hubo por parte del estómago el dolor habitual en el epigastrio. No puede asegurarse que la afeccion de la boca dependiese del estado del estómago, pues aun cuando ciertamente hemos visto presentarse esta afeccion en el último periodo de las gastritis agudas ó crónicas, hemos hallado tambien toda la membrana bucal cubierta de chapas diftéricas en casos en que el estómago se encontraba perfectamente sano.

VIII.ª OBSERVACION.

Dolor vivo en el epigastrio. Peritonitis sobreaguda. Perforacion del estómago.

Una mujer de unos 30 años, atacada de tisis pulmonar, continuaba co-

miendo y digiriendo bien, á pesar de tener diarrea hacia mucho tiempo. Un dia se quejó de un vivo dolor en el epigastrio, y tuvo en seguida muchos vómitos: arrojó al principio los alimentos, y despues una multitud de mucosidades filamentosas y bilis. Pasó en este estado unas treinta horas, al cabo de las cuales se puso todo el vientre tenso y dolorido al tacto, aparecieron todos los signos de la peritonitis, y sucumbió rápidamente la enferma.

ABERTURA DEL CADAVER.

La cavidad del peritóneo se hallaba llena por un líquido purulento, y el estómago y los intestinos tapizados de concreciones membranosas. Levantando el estómago descubrimos en la parte inferior del fondo, y cerca del cardias, una perforacion, por la que podia introducirse el dedo índice, y al rededor de la cual se hallaban las túnicas del estómago desgarradas desigualmente, reblandecidas y como equimosadas. Toda la superficie interna del fondo del estómago estaba livida, y sus paredes muy friables. La mucosa de este órgano se presentaba muy inyectada en todo el resto de su estension.

En la terminacion de los intestinos delgados habia úlceras, y en los pulmones cavernas.

Véase un ejemplo de las soluciones de continuidad del estómago, que muchos autores han descrito con la denominacion de *perforaciones espontáneas*, y que nos parecen no ser mas que el resultado de una inflamacion muy aguda. Cuando se hallan simultáneamente afectadas todas las túnicas, suelen reblandecerse y ulcerarse á la vez, formándose en poco tiempo la perforacion. Se han visto morir de esta suerte en muy pocas horas algunos hombres, como si se hubiera introducido en su estómago un veneno corrosivo. Es muy notable que en la mayor parte de los casos que se han citado de esta especie, y en los que hemos visto nosotros mismos se haya verificado siempre la perforacion en el fondo de dicha víscera.

CAPITULO II.

OBSERVACIONES ACERCA DE LA GASTRITIS CRONICA.

Comprendemos bajo el término genérico de *gastritis crónica* muchas alteraciones, que generalmente se han descrito como enfermedades especiales; por ejemplo, el cáncer del estómago. Aun cuando parezcan en efecto muy diferentes entre sí estas alteraciones con relacion á sus caractéres anatómicos, se aproximan y confunden verdaderamente por los síntomas que revelan su existencia, y que no pertenecen esclusivamente mas bien á una que á otra por la naturaleza de las causas ocasionales que les dan orígen, y que son idénticas para todas, y finalmente, por el tratamiento que casi es igual en todos los casos. Aunque debemos distinguir tan diversas lesiones, no solo en razon de su forma y naturaleza variada, sino tambien, y principalmente respecto á los diversos grados de probabilidad que ofrece su curacion, no es menos cierto que en su principio ofrecen todas un elemento comun de la mayor importancia, á saber, la irritacion que las precede y acompaña en su desarrollo. El término genérico *gastritis* con que comprendemos tan variadas alteraciones de testura no nos parece útil, sino en cuanto recuerda la causa general, y el lazo comun que las une. Pero no debe limitarse á esto la cuestion: despues de haber apreciado el punto de contacto de semejantes alteraciones, punto capital á que se refiere el método terapéutico, es necesario descubrir la causa de sus diferencias. Estas no pueden esplicarse ni por la intensidad, ni por la duracion de la irritacion, soliendo acontecer que las alteraciones de testura mas graves van frecuentemente precedidas ó acompañadas de los signos de la mas débil irritacion; circunstancia muy notable. ¿Qué podremos deducir de aquí? ¿Será preciso tal vez para esplicar efectos tan diversos admitir causas predominantes particulares en cada uno de ellos, y reconocer que la irritacion no obra sino como causa ocasional, siendo por sí misma impotente para producir ninguna de tales alteraciones? Supuesto esto, ¿de qué sirve el tratamiento antiflogístico? Combate solo la causa ocasional, pero no destruye de ningun modo la predisponente, que segun su naturaleza, dá orígen á las lesiones mas variadas despues de haberse producido la irritacion. De aquí la frecuente inutilidad de aquel tratamiento

que ataca uno de los elementos de la enfermedad, y no destruye por otra parte la causa desconocida, bajo cuya influencia sobreviene la misma irritacion. No nos parecería del todo fuera de razon el sostener que el aflujo sanguíneo insólito, por el que se manifiesta la irritacion, se verifica en algunos casos hácia un órgano, porque existe en él una predisposicion morbosa, que atrae mas sangre que en el estado fisiológico, para que se verifique en sus tegidos una secrecion ó nutricion morbosa. Se ve cuán secundario es el papel que en tal caso hace la congestion sanguínea, y que admitiéndola estamos lejos de haber penetrado la esencia de los fenómenos. Sería hacerse ilusion el creer que por ella puede esplicarse la formacion de las diversas alteraciones orgánicas, y esplicar sus numerosas variedades. Asi, cuando se desarrolla el embrion es una condicion para la formacion de los diversos órganos el que afluya á su trama la sangre: este es el elemento comun que hallamos para toda órganogenesia; pero la naturaleza especial de cada órgano, su composicion química, las disposicion anatómica, ni sus propiedades vitales, se determinan por el aflujo sanguíneo. Del mismo modo toda secrecion reconoce al mismo aflujo como condicion de su existencia; pero no puede esplicarse el por qué cada glándula segrega un líquido especial solo por el aflujo mas considerable de sangre, y por su escitacion que resulta en el órgano que la recibe.

Rogamos al lector que no desatienda estas consideraciones; penetrándose bien de ellas nos prometemos que no se escandalizará de que hayamos reunido bajo el término genérico de *gastritis crónica* lesiones que parecen tan diferentes unas de otras: aquella palabra solo es para nosotros una especie de rótulo, detras del cual colocamos toda afeccion orgánica del estómago, en que el tratamiento antiflogístico es mas ventajoso que ningun otro.

Ensayemos, pues, manifestar tanto por la anatomía como por el estudio de los síntomas como se suceden y encadenan en el estómago cierto número de lesiones orgánicas ó funcionales, cuya naturaleza se ha desconocido por mucho tiempo, á causa de que se aislaba su descripcion, creyendo que cada una de ellas constituia por sí misma una enfermedad.

ARTICULO I.

ALTERACIONES PRODUCIDAS EN EL ESTÓMAGO POR LA GASTRITIS CRÓNICA.

Estas alteraciones son tan numerosas como variadas, siendo tan importante el conocerlas bien, cuanto que á pesar de su diferencia, dan lugar frecuentemente á los mismos desórdenes funcionales, si bien otras veces producen síntomas que varian con ellas. En mas de un caso puede tambien esplicarse el suceso cierto obtenido con medios terapéuticos opuestos, por la misma diferencia de las lesiones, que se desenvuelven en el estómago inflamado de un modo crónico.

§. I.

Alteraciones de la membrana mucosa.

En el mayor número de casos de gastritis crónica, demuestra la anatomía la existencia de alteraciones variadas, y mas ó menos considerables en la membrana mucosa del estómago. Sin embargo, parece á veces que esta membrana ha conservado su estado sano, ó á lo menos si ha sufrido alguna alteracion no es ciertamente apreciable por la inspeccion anatómica. Asi ofrece en toda su estension el color blanco, que constituye su estado normal; presenta en todas partes su consistencia ordinaria; no se halla ni reblandecida, ni endurecida, y no parece, finalmente, haberse aumentado ni disminuido su grosor en ningun punto. Pero entonces debajo de la membrana mucosa sana se observan afecciones diversas y muy notables de las túnicas subyacentes, y con particularidad del tegido celular estendido en forma de membrana densa y blanquecina entre las túnicas vellosa y carnosa del estómago. En tal caso se ofrece la siguiente cuestion por resolver: ¿aun cuando la membrana mucosa aparezca sana actualmente, lo ha estado siempre? ¿Habrá habido una época en que haya sido afectada, y debe creerse que con la mayor frecuencia ha empezado por ella la afeccion crónica, de que no se hallan al presente vestigios sino en los tegidos subyacentes? Apelemos á la analogía para resolver esta cuestion interesante bajo el doble aspecto de la etiologia y de la terapéutica de la enfermedad.

Cuando la inflamacion invade un tegido membranoso ó pa-

renquimatoso, ó bien permanecen estrañas á la accion morbosa las partes que se hallan en contacto con este tegido, ó bien participan de ella. En el último caso acontece con frecuencia que se resuelve la inflamacion en el tegido primitivamente afecto, sobre todo si disfruta de una gran vitalidad, al paso que persiste y aun se hace crónica en los tegidos afectos secundariamente: esto es lo que acontece especialmente cuando las propiedades vitales son en estos menos activas y enérgicas que en aquel. En apoyo de tales aserciones se presentan una multitud de ejemplos, de los que citaremos algunos. Es atacado un sugeto de enteritis ó colitis: si sucumbe en el periodo agudo solo se halla afectada la membrana mucosa, y se encuentra ora simplemente roja, ora reblandecida, ora ulcerada, etc.; si vive mas tiempo, y sucumbe despues que la enfermedad ha adquirido un carácter crónico, puede presentar el intestino tres estados diferentes: 1.° la inflamacion puede limitarse á sola la membrana mucosa; 2.° los tegidos subyacentes á esta membrana pueden presentar al mismo tiempo que ella diversas alteraciones, resultado indudable de la inflamacion, que se ha estendido hasta ellos; pero ó bien la membrana mucosa y los tegidos subyacentes parecen hallarse igualmente enfermos, ó bien estos aparentan estarlo mucho mas, y aun pueden presentarse casos en que al primer golpe de vista se escapa la alteracion de la membrana mucosa, y no se percibe sino mediante una atenta observacion. Asi esta membrana aunque blanca puede hallarse reblandecida, como pulposa en ciertos puntos; otras veces ofrece una coloracion gris, morena ó negra, dispuesta en forma de pintas aisladas ó aglomeradas, de chapas redondeadas, de líneas sinuosas, de listas largas, etc.; finalmente, presenta otras veces úlceras superficiales, blancas como el resto de la membrana, cuyo fondo se halla al nivel de los bordes, y que caminan evidentemente hácia la cicatrizacion completa. Aquí en cierto modo no encontramos sino los restos ó vestigios de la inflamacion de la membrana mucosa; pero por otra parte tal reblandecimiento blanco, y tal forma de úlceras indica que ha existido en esta membrana una flegmasia mas intensa; son efectivamente las mismas lesiones que se hallan en los sugetos muertos accidentalmente durante la convalecencia de las gastro-enteritis agudas; es decir, en una época en que no deben aparecer en el conducto intestinal sino los vestigios de una inflamacion que habia sido mucho mas intensa; es tambien la misma forma de lesiones halladas en la mucosa bucal y faríngea, cuando empieza á resolverse la inflamacion que ha residido en ellas, y

cuando empiezan á cicatrizarse las úlceras que las cubrian. Por lo tanto es probable que en los casos de que nos ocupamos, haya estado la mucosa afectada de un modo mucho mas grave de lo que aparenta, y que persistiendo la inflamacion en los tegidos subyacentes, camina en ella hácia la resolucion completa; 3.° segun lo que acabamos de decir se concibe que pueden presentarse casos en los que hayan desaparecido completamente los últimos vestigios de inflamacion de la membrana mucosa, presentándose esta en un estado completamente sano, al mismo tiempo que los tegidos subyacentes se hallen mas ó menos profundamente desorganizados. En efecto, no es raro observar este último caso.

Y la misma sucesion de fenómenos puede observarse en la membrana mucosa pulmonar. En la bronquitis aguda parece que únicamente se halla afectada la mucosa; en la crónica hay un grado en que se notan al mismo tiempo alteraciones mas ó menos variadas de la mucosa, y lesiones muy notables de los tegidos subyacentes, con especialidad el engrosamiento de la mucosa, y la hipertrofia de los anillos cartilaginosos; finalmente, hay otro grado en el que la espresada membrana ha recobrado su estado sano, á lo menos en la apariencia, y solo existe la alteracion de las demas túnicas de los conductos aëreos, de lo cual hemos citado casos en otro lugar (1).

Si no bastan los ejemplos referidos para demostrar que á lo menos muchas veces reconoce por orígen la alteracion de los tegidos subyacentes á las membranas mucosas, una flegmasia de ellas, flegmasia que ó bien puede subsistir todavía, ó bien haberse disipado completamente, nos será fácil aun citar otros, en que tal sucesion de fenómenos es hasta cierto punto apreciable con el tacto y la vista. Despues de la inflamacion mas ó menos intensa de la conjuntiva; v. g., cuando esta membrana ha recobrado su blancura y transparencia habituales, puede el tegido celular, que la une á la esclerótica, permanecer inflamado ó infiltrado de pus, engrosarse, y ser el asiento de diversas degeneraciones. En los sugetos que han tenido antiguas gonorreas, y que han sufrido en su consecuencia estrecheces del conducto de la uretra, se ha encontrado muy sana la membrana mucosa, y engrosado y endurecido el tegido celular que hay debajo de ella. Del mismo modo tambien en los sugetos que han tenido por mucho tiempo una inflama-

(1) Véanse los tomos de esta obra consagrados al estudio de las enfermedades de pecho.

cion crónica de una parte de la piel, que han padecido, por ejemplo, úlceras en las piernas, se inflama el tegido celular subyacente á las partes enfermas de la cubierta cutánea, y conserva una dureza como escirrosa, y por mucho tiempo despues de haber desaparecido de la piel todo vestigio de inflamacion. Podremos, por último, citar casos de flegmasias agudas ó crónicas de las membranas serosas ó sinoviales, en las que habiendo vuelto completamente estas membranas á su estado sano, se han hallado en el tegido celular subyacente vestigios de inflamacion crónica, como induracion, engrosamiento escirroso, transformacion fibrosa ó cartilaginosa, etc.

Raciocinando por analogía nos veremos obligados naturalmente á admitir que la ley, cuya existencia acabamos de comprobar en el conducto intestinal, en las vias aéreas, en la membrana mucosa del ojo, en la uretra, en la cubierta cutánea, y en los tejidos seroso y sinovial existe tambien respecto del estómago: es decir, que la inflamacion, de que no se hallan vestigios sino en los tejidos subyacentes á la membrana mucosa, ha residido primitivamente en ella. Ademas puede demostrarse tal proposicion con pruebas directas, tanto respecto del estómago como de los demas órganos ó tejidos de que acabamos de ocuparnos. En la membrana mucosa del estómago, del mismo modo que en la de los intestinos, hemos podido seguir en cierta manera mas de una vez la graduacion de la flegmasia, apreciando con mayor ó menor rigor los diversos estados intermedios que recorria la membrana mucosa para pasar del estado enfermo al sano. Asi hemos hallado á la referida membrana simultáneamente con diversas alteraciones de las túnicas subyacentes, enrojecida, engrosada, reblandecida, y aun ulcerada; otras veces eran menos evidentes semejantes vestigios de inflamacion, y la mucosa se encontraba, por ejemplo, blanda, pero blanca, siendo de inferir en atencion á la naturaleza de las alteraciones, que habia estado mucho mas enferma de lo que aparecia al hacer la inspeccion cadavérica. En un caso, por ejemplo, que hemos tenido ocasion de observar con nuestro amigo y colaborador M. Reynaud, encontramos blanca en toda su estension la superficie del estómago, y al lado del píloro habia una induracion manifiesta del tejido celular sub-mucoso con hipertrofia de la membrana muscular; conforme se alejaban estos tejidos del píloro iban recobrando su aspecto fisiológico, y luego hácia la parte media del estómago ofrecian las paredes de este órgano un nuevo engrosamiento, una dureza como cartilaginosa, que residia tan solo en las diversas túnicas subyacentes á la mucosa, faltando esta en todo lo que ocupaba, esto es, en el espacio próximamente de un

duro, y resultando de aquí una úlcera verdaderamente superficial con los bordes blancos, y el fondo formado por el tejido celular muy engrosado, tambien blanco, y á la altura de los bordes, de modo que no se la distinguia á primera vista. El individuo en quien se halló esta alteracion habia padecido tres años antes todos los síntomas de una gastritis aguda, tales como el dolor epigástrico con movimiento febril, vómitos, sed ardiente, etc.: estos síntomas se fueron aliviando poco á poco, pero desde entonces habia conservado dificultad para digerir, y vomitado los alimentos de cuando en cuando. Su fin se apresuró por una peritonitis crónica. Probablemente hubo una época en que la solucion de continuidad, residente en la mucosa gástrica, habria presentado caractéres mas inflamatorios que los que se hallaron en el cadáver, y tambien habria estado mas ó menos inflamada la mucosa próxima á la solucion de continuidad. La úlcera caminaba al parecer hácia la cicatrizacion, y si hubiera pasado un poco mas de tiempo hubiéramos hallado la membrana mucosa blanca y sana por encima del engrosamiento de la parte media del estómago, como se encontraba encima del inmediato al piloro. Si pudiera quedar duda, atendiendo solo á la inspeccion anatómica, de que la primera lesion fué la flegmasia de la mucosa, preexistiendo de consiguiente á las lesiones de las demas túnicas, y por último de que las alteraciones que se presentaron eran únicamente vestigios de otras mas graves, apelaríamos á otro medio de ilustrarnos, acudiríamos á los síntomas: de su órden de sucesion es fácil deducir la inevitable consecuencia de ser la membrana mucosa el tejido primitivamente inflamado, primer periodo de la enfermedad (gastritis en el estado agudo), de haberse despues disminuido la intensidad de esta flegmasia (suspension de la calentura y del dolor epigástrico), de persistir al mismo tiempo que enfermaron consecutivamente los tejidos subyacentes (dificultad de las digestiones, anorexia habitual, vómitos cuya frecuencia disminuia progresivamente).

Por último ¿aunque la membrana mucosa del estómago haya recobrado su blancura, su grosor, y su consistencia fisiológica, existiendo al mismo tiempo induracion de los tegidos subyacentes, debe en todos los casos considerarse que ha recobrado completamente su estado normal? Nótese que muchas veces cuando la membrana mucosa parece sana á los ojos del anatómico, continua siendo difícil y laboriosa la digestion, en una palabra, como se verifica en los individuos que despues de la muerte ofrecen vestigios mas ó menos pronunciados de flegmasia crónica.

Parece pues que en los casos de este género recobra la membrana mucosa, á lo menos para nuestros débiles medios de investigacion, el aspecto que constituye su estado normal, antes de volver á la integridad de sus funciones; parece que hay una época, en que esta membrana no se halla inflamada, pero carece aun de la facultad de imprimir á los alimentos la modificacion que debe trasformarlos en quimo, sea el que quiera el procedimiento físico, químico ó vital como se verifica esta trasformacion. No solo en la membrana mucosa del estómago hallamos ejemplos de tegidos, que despues de haber sido el asiento de flegmasias mas ó menos evidentes recobran un aspecto sano, conservándose sin embargo mas ó menos alteradas sus funciones. En sugetos, que durante la vida habian ofrecido todos los síntomas de una bronquitis crónica con una abundante espectoracion puriforme, hemos hallado sana en apariencia la membrana mucosa de la laringe, de la traquearteria y de los bronquios: por la inspeccion anatómica aislada no se hubiera dudado en admitir que tal membrana se hallaba perfectamente sana, y á pesar de todo la copiosa secrecion puriforme que en ella tenia lugar, atestiguaba su estado patológico.

Sin embargo, es muy rara la circunstancia de hallarse sana, á lo menos en la apariencia, la mucosa del estómago en los casos de gastritis crónica; las mas de las veces presenta diversas alteraciones relativas al color, grosor y forma, pudiendo existir tales alteraciones reunidas ó aisladas. Asi al mismo tiempo que la membrana mucosa se halla roja ó parda, puede encontrarse endurecida ó reblandecida, hipertrofiada ó adelgazada, etc. Otras veces puede ofrecer solo cualquiera de estas alteraciones: por ejemplo, existir únicamente el cambio de color, ó lo que es muy notable, hallarse considerablemente disminuida su consistencia sin que el color haya sufrido modificacion.

¿Hay diferencia en las alteraciones que sufre el color de la membrana mucosa del estómago cuando la inflamacion es aguda ó crónica? Existen graduaciones de color pertenecientes del mismo modo á los dos estados, y hay otras que corresponden mas especialmente á la flegmasia crónica.

Los coloridos que con particularidad corresponden á la gastritis crónica, son el gris apizarrado, el moreno y el negro mas ó menos completo. No es decir que estos diferentes coloridos no puedan hallarse en algunos casos de inflamacion muy aguda; el sabio y hábil esperimentador catedrático M. Orfila los ha determinado en los animales, introduciendo en su estómago sustancias irritantes. En el hombre hay á mi parecer muy pocos ejemplos de color gris apizarrado, moreno ó negro en estómagos atacados

de inflamacion aguda, al paso que es lo mas comun en las gastritis crónicas. Es muy probable que tanto en los hombres como en los animales sometidos á los esperimentos de M. Orfila no se haya presentado, principalmente la flegmasia aguda, con estas graduaciones de color, sino en los casos de envenenamiento por sustancias acres y corrosivas, es decir, cuando la inflamacion del estómago ha adquirido en cierto modo su *maximun* de agudeza, y tiende á ocasionar la rápida desorganizacion de la membrana mucosa.

Nos parece ser bastante notable que se presente, digámoslo así, la misma coloracion en los dos estremos de la gastritis, á saber: en la inflamacion sobre-aguda, que conduce los enfermos frecuentemente y con rapidez al sepulcro, y en la crónica, que á veces no manifiesta su existencia sino por síntomas poco graves. Este es el hecho segun la observacion le ofrece; para esplicarle sería preciso saber de una manera precisa la causa del color pardo, gris apizarrado, etc., que presenta la membrana mucosa en los casos de gastritis sobre-aguda, y con mas frecuencia en los de crónica. Tenemos que limitarnos á simples conjeturas, que se apoyan sin embargo en los hechos siguientes: hace mucho tiempo que ha demostrado Hunter (1) que la sangre arterial adquiere el color de la venosa cuando se suspende ó se hace simplemente mas lento su curso. Asi cuando se abre en un animal una arteria interceptada algun tiempo antes entre dos ligaduras, sale una sangre negra análoga á la venosa. Tambien ha notado Hunter que la sangre procedente de una arteria, que se estravasa en el tegido celular inmediato, adquiere al coagularse el mismo color negro. Este color se halla en la mayor parte de las apoplegías celebrales y pulmonares, y á menos que se suponga que solo suministran la sangre en estas hemorragias las venas, es necesario admitir que cuando se verifica el derrame en el celebro y en el pulmon, la sangre que al principio es roja, adquiere mas adelante el color negro que presenta. ¿Podremos esplicar de la misma manera la coloracion morena ó negra de la mucosa del estómago en cierto número de gastritis? Para esto es preciso que la esperiencia compruebe la existencia de casos en que la sangre circula con mas lentitud por una parte inflamada, que por la misma parte sana, tendiendo á esperimentar en el referido punto inflamado una verdadera estancacion. Tal retraso del curso de la sangre en un tegido ataca-

(1) *Traité du sang et de l' inflamation.*

do de inflamacion, se halla demostrado por los esperimentos del doctor Wilson Philipp: produciendo una inflamacion en el tegido celular del muslo de una rana, en las aletas de un pescado, ó en el mesenterio de un conejo, no tarda en percibirse con el microscopio, dice este observador, que el movimiento de los glóbulos de sangre, tan rápido ordinariamente, se hace mas lento, parece que hasta se suspende en el sitio donde la flegmasia es mas intensa. Si se prueba por una parte que la sangre en ciertas circunstancias circula con menos rapidez, y aun se suspende en una parte inflamada; si por otra se prueba que la sangre tiende á ennegrecerse cuando se hace mas lento ó se suspende su curso, no parecerá fuera de razon el esplicar de esta manera la coloracion oscura de la mucosa del estómago en ciertas gastritis. ¿Pero por qué no se observa principalmente, como decíamos hace poco, sino en los dos estremos, en la inflamacion sobreaguda y en la crónica? Porque precisamente en ellos debe verificarse, especialmente en la mucosa gástrica una detencion mas ó menos completa de sangre: asi en la flegmasia sobreaguda deberá resultar de la estremada y repentina dilatacion de los vasos, un notable embarazo para la circulacion, una especie de estrangulacion, que ocasionará la obstruccion de los capilares; y consecutivamente á esta obstruccion podrá observarse la coagulacion de la sangre en la arteria que va á la parte inflamada, de igual manera que se coagula en una vena debajo del punto donde se halla comprimida. De lo mismo puede resultar el que la inflamacion termine por gangrena: en efecto, se ha comprobado en esta la coagulacion de la sangre en las arterias, pero tal coagulacion era mirada como consecutiva á la gangrena, al paso que segun todo lo que acaba de esponerse me inclino á creer que la coagulacion precede á la gangrena, y que esta es el resultado necesario de aquella.

En la inflamacion crónica no habrá detencion completa de sangre como en la sobreaguda de que acabamos de hablar, ni tampoco la membrana mucosa presentará un color negro tan subido, sino solo un tinte gris apizarrado ó pardo, que será mas ó menos pronunciado segun la mayor ó menor lentitud con que corra la sangre. Por otra parte parece que debe existir tal lentitud, siempre que los vasos de la parte inflamada sufran una dilatacion considerable, la cual se observa sobre todo en los casos de flegmasias crónicas. Semejante lentitud de la sangre en la parte de los vasos capilares que han sufrido una dilatacion, es resultado de una ley hidro-dinámica, en virtud de la que se verifica con menos celeridad el curso de un líquido,

cuando corriendo por conductos llenos, pasa de un espacio mas estrecho á otro mas ancho: esta es una de las causas porque en el estado normal camina la sangre con menor rapidez en los vasos capilares, y se discurre con facilidad que debe aumentarse aun mas la lentitud, si se acrecienta accidentalmente su diámetro.

Ademas, despues de haber cesado la flegmasía puede subsistir la dilatacion de los vasos, y con ella el color oscuro. Independientemente de toda esplicacion parece en efecto que continúa existiendo dicho color en una parte antiguamente inflamada, aunque no lo esté ya en la actualidad. Esto es incontestable respecto de la piel, donde al rededor de las úlceras cicatrizadas y perfectamente curadas hace mucho tiempo, se observa en una estension mayor ó menor un color rojo oscuro mas ó menos subido. La analogía nos inclina á admitir que en algunos casos puede ocurrir respecto algunas porciones de las membranas mucosas, y en especial la gástrica, lo que se observa acontecer en la piel.

Por otra parte, se halla tan generalmente reconocido que las diversas coloraciones, de que acabo de hablar, resultan de una flegmasía, y mas especialmente de una crónica, que no creo deberme detener á probarlo. Sin embargo, si algunas personas pudiesen dudar aun que el colorido gris apizarrado, pardo ó negruzco de la superficie interna del estómago anuncia una inflamacion crónica de este órgano, sometería á su meditacion los hechos siguientes:

1.° Si se han observado bien los síntomas que durante la vida presentaron los sugetos, en cuyo estómago se advirtió despues de la muerte uno de los coloridos á que hemos hecho referencia, se hallará que son constantemente los de la gastritis crónica: tal es á lo menos el resultado de un gran número de observaciones recogidas en el hospital de la Caridad. Pero acontece con frecuencia que estos síntomas no se perciben en una investigacion poco atenta, ya porque en efecto no son muy pronunciados, ya porque la gastritis crónica sobreviene por lo regular tan solo como complicacion de otra enfermedad, que fija mas ó menos esclusivamente la atencion. Tal vez se dice con demasiada frecuencia que pueden existir, sin producir síntomas, algunas lesiones mas ó menos graves de los órganos. ¡Cuántas de estas habrian dejado de ser latentes, si todas las funciones hubieran sido durante la vida el objeto de un detenido y escrupuloso exámen!

2.° En el mayor número de casos, al mismo tiempo que la membrana mucosa sufre en su color una de las modificacio-

nes indicadas, presenta otras alteraciones, que no puede negarse sean el resultado de la flegmasia: se halla engrosada, endurecida, cubierta de vegetaciones, etc., y debajo de ella ofrecen á veces tambien las demas túnicas del estómago vestigios indudables de una inflamacion mas ó menos íntima. Si el caso mas general es la coexistencia de estas alteraciones y el color oscuro de la mucosa, y por el contrario las menos veces se halla el cambio de coloracion sin ninguna otra lesion, nos hallaremos naturalmente inclinados á admitir por analogía que aun cuando exista sola, resulta de una flegmasia.

3.° En ciertos casos de úlceras del estómago, y con mas frecuencia en las del conducto intestinal, se hallan sus bordes ó de un gris apizarrado, ó de un moreno mas ó menos subido, y por cierto que donde existe ulceracion no puede ponerse en duda que hay flegmasia. Si el color moreno de los bordes de la úlcera reconoce otra causa que la inflamacion, ¿por qué no existe sino al rededor de ella? ¿por qué decrece y desaparece en los intervalos que separan las úlceras? Tambien se hallará este mismo colorido moreno ó negro en los bordes de cierto número de úlceras de las arterias, pero del mismo modo que en el conducto digestivo, no hay cambio de color sino al rededor de las úlceras, y en los intersticios recobra la cara interna de la arteria el suyo blanco.

4.° No puede atribuirse á la putrefaccion el colorido gris apizarrado, moreno, etc. de la membrana mucosa del estómago, pues mas de una vez he abierto cadáveres en diversos grados de putrefaccion, y he hallado la superficie interna del estómago y de los intestinos con un color rojo-lívido, repartido con uniformidad, ó dispuesto en forma de estrias de chapas ó de fajas. Tal colorido rojizo es probablemente resultado de la trasudacion de la materia colorante de la sangre al través de las paredes vasculares, semejante á la de la bilis, que se verifica con mas prontitud al través de la vegiga de la hiel. Pero sea el que quiera el grado de putrefaccion débil ó muy adelantado, nunca he visto ningun color que se parezca al negro ó gris apizarrado de la gastritis crónica.

Se ha dicho que este tinte particular debia considerarse en el mayor número de casos como resultado de la coloracion de la membrana mucosa por los gases contenidos en el estómago ó en los intestinos, atribuyéndose sobre todo al hidrógeno sulfurado; pero en el estómago, donde con tanta frecuencia se encuentra, no está demostrado que exista el referido gas. Por otra parte nada hay que pruebe que el gas hidrógeno sulfurado tenga la propiedad de colorar los tegidos animales de negro ó pardo.

Hasta tanto que se hayan encerrado sucesivamente en algunas porciones de los intestinos varios gases, y se observe si es cierto las comunican color, no deberá considerarse el aserto que nos ocupa, sino como una suposicion.

El tinte oscuro que presenta la membrana mucosa del estómago inflamada crónicamente, ofrece numerosas variedades respecto á su disposicion y estension. Relativamente á su disposicion se halla algunas veces circunscrito en un pequeño número de puntos, formando como manchas aisladas que pueden ser redondeadas regularmente, ó mas ó menos irregulares. En el intervalo de tales manchas, grises, morenas ó negras, puede la membrana mucosa conservar una blancura mas ó menos perfecta. A causa de su exacta circunscripcion y determinado color se diría con frecuencia, que donde existen estas manchas, se ha depositado una gota de un color moreno mas ó menos subido. En esta especie de manchas, ora no se percibe sino un colorido uniforme, ora á simple vista, ó con un lente, se reconoce que están especialmente formadas por una aglomeracion de vasos de un diámetro infinitamente pequeño, y llenos de sangre negra. Tales manchas constituyen otras tantas pequeñas flegmasias circunscritas, á la manera de las manchas rojas tambien aisladas, que se notan con bastante frecuencia en los casos de gastritis aguda.

En vez de las simples manchas acabadas de describir, puede ofrecer la membrana mucosa ya chapas morenas mas ó menos anchas, ya fajas, estrías ó líneas del mismo color. Finalmente, puede presentarse el colorido uniformemente moreno ó negruzco en la cuarta parte, en la mitad ó en la totalidad de su estension.

No parece que los anatómicos hayan todavía designado de un modo especial una variedad de coloracion negra, que es muy rara en el estómago, y se presenta con mucha mayor frecuencia en los intestinos delgados. La superficie interna de estos parece sembrada de una multitud de puntitos negros casi microscópicos, que segun su número pueden suministrarla un colorido negro mas ó menos pronunciado. Tales puntos son diversos por su aspecto de otros que existen, ora aislados, ora aglomerados, descritos hace mucho tiempo por Peyero, y que pertenecen á los folículos. Examinando con un lente los que nos ocupan, se observa que residen en el vértice, y rara vez se estienden á la totalidad de los filamentos ó laminillas, que constituyen las vellosidades intestinales. Es claro que si tal especie de puntos se halla con menos frecuencia en el estómago que en los intestinos delgados, es porque en aquel órgano hay menos vellosidades, y no son tan pronunciadas. Cubriendo la superficie intestinal de una capa del-

gada de agua, y observando atentamente esta muchedumbre de puntitos negros, parecidos á una especie de fleco, es fácil asegurarse que resultan de una inyeccion vascular fina de las vellosidades intestinales. Algunos hechos nos inclinan á pensar que la inyeccion negra de estas vellosidades está por lo regular en relacion con un estado de flegmasia crónica de los intestinos delgados, no habiendo encontrado otra alteracion apreciable en muchos casos de diarreas crónicas.

Si en todos los casos de gastritis crónica se presentase el color de la membrana mucosa tal como acaba de indicarse, podría reconocerse casi siempre con facilidad por solo la inspeccion del estómago, si la inflamacion habia afectado un curso agudo ó crónico; pues como hemos visto solo presenta la mucosa un color moreno mas ó menos oscuro en un corto número de gastritis sobreagudas, como las producidas por el envenenamiento, y escepto estos casos raros el color moreno anuncia la gastritis crónica. Pero es de la mayor importancia advertir, que con mucha frecuencia la membrana mucosa no presenta el color gris-apizarrado, el moreno ni el negro, cuando ha estado inflamado crónicamente el estómago, sino un rojo mas ó menos análogo al de la inflamacion aguda. Recientemente se ha abierto en el hospital de la Caridad el cadáver de una jóven, que hacia mas de ocho meses presentaba todos los síntomas de una gastritis crónica, tales como vómitos, peso en el epigastrio á consecuencia de la ingestion de los alimentos, y anorexia completa; siendo por otra parte natural el estado de la lengua, circunstancia tan rara en la gastritis aguda como frecuente en la crónica, y la mucosa del estómago se halló en gran parte de su estension de color rojo bermejo, al paso que en otros, colocados en las mismas circunstancias respecto de los síntomas, he hallado de color moreno toda la mucosa. Por otra parte, uno de los síntomas mas notables, el vómito, puede faltar del mismo modo en los casos de coloracion morena y en los de coloracion roja. No pretenderemos establecer que la gastritis acompañada de coloracion bermeja de la membrana mucosa es una afeccion aguda prolongada infinidamente, y que en la inflamacion verdaderamente crónica hay siempre coloracion morena de la referida membrana: sabemos que en uno y otro caso pueden presentarse los mismos síntomas, pero es posible que convenga hacer algunas variaciones en el tratamiento. En el primero, por larga que sea la enfermedad, nos parece que tan solo son útiles los medios esclusivamente antiflogísticos, y una alimentacion sana y nada estimulante; mientras que en el segundo caso convendrá tal vez recurrir por el contrario ya á algunos medicamentos mas ó

menos estimulantes, ya á una alimentacion algo escitante.

¿Deberá referirse por fin á una flegmasia del estómago otra graduacion de color de su membrana mucosa, en la que en vez de hallarse esta roja ó morena, es por el contrario de un blanco mate como lechoso, pero de una blancura diferente de la que constituye su estado normal? Creo que pertenece tambien á la gastritis crónica esta notable modificacion de la mucosa. Efectivamente: 1.° hemos hallado este color unido siempre á otras alteraciones, que anunciaban de un modo inequívoco la existencia de una inflamacion, tales como el engrosamiento y la induracion de la membrana; 2.° otros tegidos inflamados ofrecen tambien un color blanco mas mate que el que les es natural. En tal estado se hallan el tegido celular engrosado y endurecido, que rodea las úlceras antiguas, y las membranas serosas cubiertas de producciones membraniformes, que al principio son blandas y rojas, y despues se endurecen poco á poco, adquiriendo al mismo tiempo un color lechoso muy notable. ¿Quién no ha visto manchas ó chapas semejantes en el pericardio, en la aracnoides ó en la pleura? Estúdiense cuidadosamente los grados, porque ha pasado la inflamacion para producir en el tegido celular y en las membranas serosas esta blancura insólita, y se hallarán ser idénticos á los de las flegmasias de las membranas mucosas: la analogía, pues, nos conducirá á admitir que en este último tegido, como en los demas, puede considerarse como resultado de una flegmasia el color blanco mas mate de lo correspondiente al estado normal: 3.° finalmente, sugetos que habian presentado todos los síntomas de la gastritis crónica mejor caracterizada, no han ofrecido mas lesion notable en el estómago que estensas chapas, en las cuales era la membrana mucosa mas dura, mas gruesa, y al mismo tiempo de un blanco notablemente mas mate que en el resto de su estension. Sobre todo, en un caso observado últimamente en la Caridad eran tan pronunciados los síntomas locales y generales, que se habia creido en la existencia de una afeccion cancerosa del estómago: el enfermo habia tenido muchas veces vómitos de materia semejante al hollin ó posos del café, y el estómago no presentó mas que una chapa de un blanco verdaderamente lechoso hácia el medio de su cuerpo; esta chapa sería algo mayor que la palma de la mano, habiendo induracion y engruesamiento manifiesto de la mucosa, tan solo donde existia la blancura no natural. Hallábase la blancura interrumpida en muchos puntos por manchas rojas, producto de inyecciones vasculares parciales, y ademas apareció la mucosa cubierta en todos los puntos en que habia el colorido lechoso por una capa membraniforme, y de un blanco mate tambien, espe-

cie de exudacion casi solidificada bastante parecida al epidermis, y mas gruesa que él, que se terminaba en franja al rededor del cardias, donde contrastaba por su blandura y apariencia inorgánica con la membrana mucosa del estómago, que por debajo de ella se continuaba con la del esófago.

El colorido blanco lechoso, de que nos ocupamos, coincide otras veces con un estado de hinchazon y reblandecimiento de la membrana mucosa, que se halla cruzada por vasos, y sembrada de manchas rojas. Tal estado se aproxima mucho al que han descrito los anatómicos con el nombre de cáncer blando de las membranas mucosas; pero á mi parecer es solo una de las modificaciones infinitamente variadas que hace sufrir la inflamacion crónica á la membrana mucosa del estómago. Sin embargo, no tengo yo esta asercion por consecuencia rigurosa de los hechos espuestos precedentemente. Casi siempre que el estómago ha sido asiento de una flegmasia de larga duracion, demuestra la abertura del cadáver que la consistencia de aquella víscera ha sufrido una modificacion mas ó menos notable, ya se halla aumentada, ya considerablemente disminuida; en el primer caso hay *induracion*, en el segundo *reblandecimiento* de la membrana mucosa.

La induracion de la mucosa gástrica es uno de los mejores caractéres para poder distinguir la gastritis crónica de la aguda; y lo que decimos en este lugar de la túnica interna del ventrículo, puede aplicarse á todos los tegidos membranosos ó parenquimatosos. En todos produce la inflamacion aguda un gran número de lesiones que no difieren de las ocasionadas por la crónica; asi, por ejemplo, en las membranas mucosas el reblandecimiento puede observarse del mismo modo cuando la flegmasia tiene un curso lento ó precipitado. La induracion pertenece por el contrario esclusivamente á la flegmasia crónica.

La induracion de la mucosa gástrica puede ser general ó parcial:

Puede existir, 1.° con el color natural de la membrana, como se observa en las antiguas flegmasias de la piel ó del tegido celular; 2.° con color de la mucosa de un blanco mas mate que en el estado natural, de cuyo caso nos acabamos de ocupar, y 3.° con color agrisado, ó de un moreno mas ó menos subido. Nunca he visto la induracion ir acompañada de un color rojo bermejo, teniendo presente que no debe confundirse con el simple engrosamiento.

Aun cuando es muy comun la induracion de la mucosa del estómago, no lo es tanto como el reblandecimiento. Es, sin contradiccion, esta última una de las alteraciones mas frecuentes

que presenta el estómago en los que mueren en los hospitales á consecuencia de diversas enfermedades crónicas. Si, como hemos procurado probar en otro sitio, el reblandecimiento de la membrana mucosa es con frecuencia un resultado de su inflamacion, concluiremos que la gastritis aguda ó crónica es una enfermedad muy frecuente, bien exista como afeccion principal, bien se presente solo como complicacion ó consecutivamente.

La membrana mucosa del estómago inflamado crónicamente puede presentar, con respecto á su grosor, tres estados: 1.º puede haber conservado el natural; 2.º haberse aumentado mas ó menos notablemente, y 3.º por último, haberse adelgazado. Examinemos de un modo sucesivo estos tres estados.

Nada casi tenemos que decir respecto al primero, en el que la mucosa no aumenta ni disminuye sensiblemente de grueso (1). Es un hecho que basta el comprobarle, y que no es por otra parte muy raro, hallándose la membrana sea simplemente de color rojo ó moreno, ó reblandecida al propio tiempo que se halla diversamente colorada.

En los casos de flegmasia crónica es muy frecuente el aumento de grosor de la mucosa, y puede existir con un estado de reblandecimiento, ó por el contrario de induracion. En el primer caso no es en cierto modo mas que aparente el aumento de grueso; la membrana se halla entumecida, hinchada, como ingurgitada por el aflujo de líquidos, que se dirijen á ella bajo la influencia del estímulo inflamatorio, del mismo modo que se entumece el tegido reticular de la piel cuando se aplica un vegigatorio. Tal tumefaccion de la mucosa gástrica, acompañada de reblandecimiento, se observa con mayor frecuencia en la gastritis aguda que en la crónica, aunque existe tambien á veces en esta última. El aumento de grueso con induracion no se encuentra por el contrario sino en la última, siendo ciertamente uno de los signos menos equívocos. En estos casos hay incremento real de densidad, *hipertrofia* verdadera de la membrana mucosa. Es la consecuencia natural de una nutricion mas activa, que debe tener necesariamente lugar en esta membrana, cuando inflamada hace mucho tiempo, recibe mayor cantidad de sangre que en su estado fisiológico.

Mientras existe sola la hipertrofia puede asegurarse que la inflamacion solo ha comunicado un esceso de actividad á la nutri-

(1) *Véase* acerca de las diferencias naturales de grosor de la membrana mucosa en los diferentes puntos de su estension la Memoria citada anteriormente de M. Louis.

cion de la membrana mucosa, casi del mismo modo que el ejercicio produce la hipertrofia de un músculo; pero en tal caso las leyes de la nutricion son las mismas que en el estado fisiológico. Si en vez de esta simple hipertrofia se presenta reblandecida la membrana mucosa gástrica, si se ulcera, si su tegido se transforma en tegidos nuevos, entonces no solo debe admitirse un esceso de actividad de los fenómenos nutritivos, es preciso reconocer que las leyes que presiden al cumplimiento de tales fenómenos, han sufrido una modificacion, una verdadera perversion. Es muy interesante observar que ni uno, ni otro de estos efectos, á saber, el simple incremento de actividad de nutricion ó su perversion, se hallan en razon directa con la intensidad de la flegmasia. Siendo esta violenta y de larga duracion puede ocasionar solo una simple hipertrofia del tegido que ha invadido, y siendo muy ligera en la apariencia, puede modificar, pervertir profundamente las leyes de la nutricion, y ocasionar de este modo las desorganizaciones y degeneraciones mas variadas.

Coincida ó no el engrosamiento de la membrana con el reblandecimiento ó la induracion, puede invadir á la vez una gran porcion de la mucosa gástrica, ó limitarse á algunos puntos circunscritos. Tales engrosamientos parciales y aislados suelen alguna vez ser apenas perceptibles á la simple vista, y no apreciarlos sino cuando se desprende la membrana. Otras veces son mucho mas considerables, resultando de ellos los exantemas, las vejetaciones y los tumores que presentan infinitas variedades respecto á su forma, testura, tamaño, número y situacion.

No nos detendremos en describir las diferentes y caprichosas formas que pueden afectar estos tumores, solo observaremos que muchas veces solo en razon de tal ó cual de estas formas se han creido algunos autorizados á formar enfermedades particulares de muchos de estos tumores, y á separar, sin mas ámplio exámen, su descripcion de la historia de la gastritis crónica, como si una simple modificacion de forma pudiese establecer una diferencia real entre enfermedades semejantes bajo todos los demas aspectos. Tampoco insistiremos en las diferencias de tamaño y variedades de número de estos tumores; porque como las de forma son solo accidentes, y no son mas útiles que ellas para distinguir la naturaleza de la enfermedad. Si ha de conseguirse este objeto, preciso es que se estudie sobre todo el modo de desarrollarse y su testura.

Considerando á los tumores formados en la superficie interna del estómago, y que parecen ser solo una espansion mor-

bosa de esta membrana, respecto á su testura ó composicion anatómica, si podemos espresarnos así, pueden dividirse en dos clases. En la primera se colocarán todos los tumores, vegetaciones, etc., cuya testura representa exactamente la de la membrana mucosa, ora endurecida, ora reblandecida en diversos grados. En la segunda tendrán lugar aquellos cuya testura aparente no ofrece tener analogía con la de la membrana mucosa sana ó enferma. Creemos que la primera clase es la que se observa con mas frecuencia; y si está probado que la induracion y reblandecimiento de la mucosa gástrica son consecuencia de su inflamacion, deberán referirse igualmente á ella las mismas alteraciones cuando son circunscritas, y van acompañadas de un engrosamiento bastante considerable para constituir tumores, pues el simple cambio de forma no ocasiona diferencias en la naturaleza de la enfermedad. Unicamente queda cuestionable la segunda clase de tumores, cuya testura parece diversa de la membrana mucosa en el estado sano y enfermo. Entre los engrosamientos parciales de la referida membrana, muchos se hallan formados por un tegido duro, homogéneo, de un blanco mate, atravesado ó no por vasos, y otros constituyen vegetaciones ó fungus bien pediculados, bien continuándose mediante una estensa base con el resto de la mucosa, y formados por un tegido blanco, blanquecino ó rojizo, análogo al parenquima celebral en putrefaccion. Este tegido encefaloideo, que Laennec describió con tanta precision, anuncia evidentemente un cambio notable de testura en la membrana mucosa. Pero si el desarrollo de tal tegido en el estómago va precedido de las mismas causas que producen la gastritis crónica; si se revela su existencia con los mismos síntomas; si bajo el punto de vista anatómico tiende á confundirse en un gran número de casos con otras alteraciones que indudablemente resultan de una flegmasia; finalmente, si debe combatirse con el mismo tratamiento, juzgamos razonable concluir que el tegido encefaloideo, desarrollado en la mucosa gástrica, es ocasionado por un trabajo inflamatorio. Al emitir esta asercion no pretendemos decir que donde quiera que aparece el tegido encefaloideo ha debido producirle la flegmasia. En el estado actual de la ciencia carecemos, á nuestro entender, de los datos necesarios para establecer semejante hecho: hay tegidos y órganos en los cuales es imposible demostrar, á no ser por una analogía que puede ser engañosa, si los diversos tegidos accidentales han sido ó no producidos por la inflamacion, y aun en todos los casos podrá esta concurrir á producirlos tan solo como causa ocasional, cuando exista predisposicion.

No es indiferente el que los tumores de la mucosa se hallen colocados en tal ó cual parte de su estension, pues de las diferencias en el sitio pueden resultar grandes variedades en los síntomas. ¿Quién ignora la poca semejanza de los accidentes que se manifiestan cuando la vegetacion ocupa las inmediaciones del cardias y se oblitera mas ó menos completamente, cuando está situada cerca del píloro, y finalmente cuando solo existe en una de las caras del estómago?

Hay por último casos en que la mucosa gástrica lejos de hallarse engrosada é hipertrofiada aparece mas delgada que en el estado normal, y ha sufrido una verdadera atrofia; lo cual acontece principalmente hácia el fondo del estómago, en donde es tambien mas frecuente el reblandecimiento. Aunque sin embargo algunas veces hemos visto á la referida membrana tan adelgazada en las inmediaciones del píloro, que parecia una tela muy delgada y trasparente, y si se pretendia levantarla se transformaba en una pulpa de un blanco rogizo, como acontece en ciertos grados de reblandecimiento. ¿Deberá colocarse la atrofia de la membrana mucosa del estómago entre los productos de la inflamacion, del mismo modo que la hipertrofia y el reblandecimiento sin disminucion de grueso? Lo que hay á lo ménos de cierto es que por una parte tal atrofia, que al parecer es tan solo una forma del reblandecimiento de la mucosa, coincide generalmente con otros signos anatómicos de gastritis crónica, y por otra los síntomas observados durante la vida son en todo semejantes á los de la gastritis (1). En marzo de 1825 murió en la Caridad una mujer de 36 años de edad, que durante los tres últimos meses de su existencia tuvo frecuentes vómitos. El estómago ofreció infinitas chapas rojas en distintos puntos de su estension, y ademas en la mitad pilórica estaba la mucosa, ya en las mismas chapas, ya en los intervalos de ellas reblandecida, y tan adelgazada al mismo tiempo que apenas ofrecia el grueso de la del seno maxilar.

Sin embargo no nos parece fuera de razon admitir que en cierto número de casos resulta de una simple atrofia el adelgazamiento de la mucosa gástrica, no habiendo mas motivo para juzgar que la precede una inflamacion que para atribuir á esta la atrofia de los músculos en los tísicos. En cierto número de sugetos atacados de enfermedades crónicas del pulmon hemos

(1) No debe, á pesar de todo, perderse de vista que los síntomas idénticos pueden ser producidos por lesiones de distinta naturaleza, y reclamar un tratamiento diferente.

visto un adelgazamiento semejante, hallándose en ellos atrofiada la túnica carnosa, al mismo tiempo que la mucosa.

Las úlceras de la mucosa gástrica son mas raras que las de la mucosa de la terminacion de los intestinos delgados y la de los gruesos. A pesar de todo debe establecerse una diferencia entre la gastritis aguda y la crónica respecto de la frecuencia de las úlceras. En la primera, á no ser un resultado de la introduccion de venenos corrosivos, es un fenómeno muy raro la ulceracion; mientras que en el caso de flegmasia crónica del estómago se encuentra por el contrario ulcerada con frecuencia la mucosa, existiendo entonces por lo regular una sola úlcera de un diámetro mas ó menos considerable. A su alrededor puede la membrana hallarse sana ó enferma, aconteciendo lo mismo con la celular que constituye el fondo. Cuando este se halla formado por el tegido celular considerablemente endurecido, apareciendo al mismo tiempo la porcion de la mucosa inmediata á la úlcera engrosada, hinchada y como fungosa, y sembrada de numerosos vasos, y existen en el mismo fondo de la úlcera restos mas ó menos estensos de la mucosa inflamada en forma de vegetaciones, suele denominarse por muchos médicos á esta alteracion cancer ulcerado del estómago. ¿Es conveniente y propio tal modo de nombrarla? Discutiremos con mas detalles este punto despues de haber tratado de las úlceras de las demas túnicas del estómago.

No recordaremos ni los casos citados ya, en que se estienden las úlceras del estómago en profundidad, y terminan por una perforacion de este órgano, ni tampoco que entonces se verifica en muchos enfermos un derrame de las materias contenidas en el estómago, al paso que en otros constituyen el fondo de la úlcera, el hígado, el bazo ó el pancreas que se adhieren al rededor de la solucion de continuidad, y se oponen á todo derrame en la cavidad peritoneal. Mas sin embargo referiremos un hecho notable por las circunstancias que precedieron á la perforacion, y por la naturaleza y número de las lesiones que existian al mismo tiempo que ella; y en seguida insertaremos la historia de otro sugeto atacado tambien de una afeccion cancerosa del estómago que presentó la curiosa circunstancia de perforarse este órgano durante los esfuerzos del vómito en un punto diverso al que ocupaba el cáncer.

I.ª OBSERVACION.

Comunicacion de un estómago canceroso con el interior del pulmon atacado de gangrena, al través de una fistula sinuosa, en la que estaban comprendidas la pleura, el diafragma y el bazo, destruido en gran parte. Signos de neumo-torax y de una antigua afeccion del estomago.

Alejandro Klier, sastre, de edad de cuarenta años, natural de Baviera, de una constitucion que reunia los caractéres mixtos de linfático-sanguinea, de cabellos, cejas y barba castaños, con la tez poco colorada, sin ser pálida, y de cinco pies de estatura. Tenia una hernia umbilical poco voluminosa y antigua. Su padre y madre, que aun viven, son de una constitucion robusta. Aseguraba no haber tenido nunca afecciones del pecho, y haber gozado de una salud completa hasta fin del año de 1828, época en la cual sintió por primera vez trastornos frecuentes en la digestion, alternativas de hambre devoradora, y de una repugnancia absoluta de toda especie de alimentos. Desde el año de 1810 que reside en Francia, ha vivido constantemente sumido en la miseria, y cometiendo escesos continuados: hacia un uso escesivo de los alcohólicos; en el espacio de tres años habia tenido nueve veces sífilis, y ha dormido casi siempre al sereno, sin embargo que no le faltaba obra en las temporadas que le permitian sus males, pues segun su último maestro, *que nos ha transmitido estos datos*, era un escelente oficial

Segun parece, el 20 de agosto de 1829, despues de una violenta disputa con algunos compañeros, se fué á acostar, como tenia de costumbre, á un sitio descubierto, donde durmió tres horas, á cuyo tiempo se despertó con mucho frio, que le obligó á entrar en su casa; pero no habiendo amanecido todavia, se echó sobre una mesa, y durmió bien hasta por la mañana. Al despertarse sintió escalofrios violentos, un vivo dolor debajo de la tetilla izquierda, y mal estar general; poco despues sobrevino disnea, y por último, hácia el cuarto dia arrojó esputos abundantes amarillos y espesos, que nunca presentaron estrias ni gusto notable, teniendo accesos de tos muy fuertes, que duraban sin interrupcion por mas de medio dia. Se le aconsejaron fumigaciones de vinagre para el dolor de cabeza, y tomó tisanas de borraja con miel; al dia siguiente se hallaba bastante aliviado, habiendo desaparecido el dolor y la tos. El 12 de setiembre entró en la Caridad por habérsele aumentado en pocas horas los fenómenos precitados, y el 13 á la hora de la visita ofreció los siguientes síntomas: la cara pálida, adelgazada y fatigosa; el aliento era muy fétido, las encias estaban rojas y escoriadas, y la lengua pálida y húmeda; esperimentaba mucha dificultad para articular los sonidos, la respiracion era entrecortada, y aun habia ortonea; su estremada debilidad le indujo á intentar el decúbito izquierdo, pero bien pronto se vió obligado á incorporarse de repente, colocándose medio acostado, y apoyándose en el codo izquierdo. El lado izquierdo del torax estaba mas elevado que el derecho, siendo tal su abultamiento que los músculos intercostales escedian del nivel de los huesos. En el acto de la respiracion solo se movia el lado derecho, percibiéndose únicamente en el izquierdo los movimientos de elevacion en los intervalos de las costillas; la vibracion casi nula en este lado era muy notable en aquel, donde se percibia bien el murmullo respiratorio que faltaba en el otro. Alguna que otra vez se oia por encima de la tetilla izquierda una resonancia

metálica, pero era muy ligera é intermitente. La sonoridad tanto absoluta como relativa era muy grande en el lado izquierdo, siendo natural en el derecho. Cuando el enfermo se sentaba en la cama, posicion que no podia conservar sino algunos minutos, se notaban en la parte posterior fenómenos del todo idénticos á los descritos respecto de la anterior. La voz resonaba, y era anfórica en el lado izquierdo y natural en el derecho. Se percibia muy poco el retintin metálico, sin duda por la imposibilidad de auscultar convenientemente. Por fin la tos era frecuente, la respiracion anhelosa, y la espectoracion bastante considerable, consistia en materiales poco espesos, blancos, poco espumosos y mezclados con copos ligeros, siendo su olor repugnante (se creyó reconocer el olor de las heces ventrales unido al gangrenoso: mas adelante veremos cuan fundada era esta sensacion). El pulso estaba débil y frecuente, y la piel mas bien fria que natural.

El dia 14 seguia en el mismo estado, habiéndose aumentado la dificultad de respirar.

En el 15 no pudo descansar el enfermo, siéndole todas las posiciones molestas y dolorosas: al parecer se habia aumentado la ortonea desde la visita del dia anterior; la tos era muy fuerte, y el olor de los esputos notable por su estrema fetidez.

El 16 fué el primer dia en que pudo hacerse convenientemente la esploracion por detrás: hallamos hácia el ángulo inferior del omoplato izquierdo el retintin metálico muy distinto, la respiracion anfórica, la voz de la misma manera, y el soplido metálico muy fuerte durante la inspiracion, estando dolorido el referido punto. En el lado derecho era bronquial la respiracion; el sonido era claro en él, y macizo en el izquierdo; precisamente al contrario que en la parte anterior, donde los fenómenos se conservaban como el dia 15. El pulso era frecuente y pequeño, la piel fria, y la lengua roja en el centro, sonrosada en los bordes, y cubierta de chapas blancas hácia la base. El olor del aliento era repugnante, la tos menos frecuente que el dia anterior, y la respiracion entrecortada; habia ortonea; los esputos presentaban un aspecto muy diferente del que habiamos visto en los últimos dias, eran viscosos, semejantes á una disolucion muy espesa de goma, y mezclados con granulaciones blancas del tamaño de cañamones, olian menos que el dia anterior por la tarde. Habia dormido poco el enfermo la noche anterior, hallándose siempre débil con la cara pálida, los ojos hundidos, deprimidas las alas de la nariz, la frente arrugada, etc. Estaba muy desalentado, tenia ansiedad, y la voz se hallaba alterada.

Continuaba el 17 el mismo estado general; los esputos tenian menos grumos blancos que la víspera, y su olor era agrio; el del enfermo recordaba el que exhalan muchas veces aquellos en quienes á consecuencia de una amputacion se establece una supuracion en los órganos pulmonares. Le era imposible acostarse sobre el lado izquierdo.

En el dia 18 tenia gran disnea, los esputos conservaban el mismo carácter y eran menos numerosos; habia poca tos, la cara estaba abatida y pálida, la voz muy débil, y la pronunciacion era muy difícil. Habia dormido muy poco el enfermo, y estaba doblado en la cama abrazando las rodillas con las dos manos, habiéndose dejado caer sobre el lado izquierdo en esta postura por hallarse muy cansado. Daba el pulso noventa y cinco latidos por minuto, y era duro, pequeño y comprimido; las estremidades se hallaban frias, el torax su-

dado y muy voluminoso en el lado izquierdo, donde estaba muy sonoro y dolorido, sin percibirse vibracion alguna; al tocar los espacios intercostales se notaba la sensacion de una vegiga llena de aire. En el lado derecho solo se percibia el retintin y la resonancia metàlica de la voz; la respiracion era pueril, el sonido natural, la dilatacion poco pronunciada (la respiracion era casi solo abdominal), habia en este lado vibraciones y dolor, pero menos fuerte que en el izquierdo. No tuvo diarrea, pues cuando mas moviò tres veces al dia el vientre, ni sed, ni hambre, y el olor del aliento era agrio.

El 19 empeoró bajo todos aspectos el estado del enfermo. Eran muy fuertes los ruidos metàlicos y anfóricos, se suprimieron los esputos y la tos, no podia pronunciar una sola palabra, el sudor era frio, viscoso, fètido y agrio. Hàcia las dos de la tarde apareció el estertor de los moribundos, y à las nueve menos veinte minutos de la noche falleció sin dolores ni quejidos.

ABERTURA DEL CADAVER.

(21 *horas despues de la muerte.*)

El cadàver se hallaba en el segundo grado de marasmo; el cuerpo ofrecia un colorido blanco edematoso, y estaba considerablemente abultado el lado izquiezdo del torax. Practicando una incision entre la sètima y octava costilla se dió salida à una cantidad de aire bastante considerable para apagar y volver à encender una bugia. El pulmon izquierdo se encontró replegado à lo largo del espinazo, y adherido por su cara posterior à las paredes del pecho: en la parte superior eran antiguas las adherencias, en la inferior recientes. Este òrgano estaba carnificado, y su color verde claro no era debido à la descomposicion cadavèrica. La cavidad se encontró llena de un liquido bastante parecido al suero, en el que nadaban algunos grumos blanquecinos, muy friables, anàlogos á la parte caseosa de la leche. Insuflando este pulmon por la traquea arteria, se descubrió una abertura situada hàcia la parte media de la circunferencia del lòbulo izquierdo, à dos dedos de su borde mas agudo: el aire que salia por esta abertura producia burbujas que se reventaban en la superficie del liquido derramado. Por mas abajo se adheria este borde en el resto de su estension à las costillas, y destruyendo la adherencia se encontró una escara de color pardo agrisado, y del tamaño de una avellana, que cubria imperfectamente otra abertura. Tales comunicaciones se hallaron en la pared esterna de un seno, que contenia detritus pulmonar, y se comunicaba, en razon de las adherencias y de la fusion pùtrida consecutiva, con la gran corbadura del estòmago mediante una abertura en que cabian dos dedos. Esta última viscera estaba escirrosa en toda su porcion cardiaca, y tenia el grueso de doce à diez y ocho lìneas hàcia el punto perforado. Mas adelante volveremos à hablar de su estado.

La pleura costal se hallaba ulcerada en casi todos los sitios donde no habia adherencias pulmonares, quedando al descubierto los mùsculos intercostales, que en algunos sitios empezaban tambien à ulcerarse en la totalidad de su espesor, y se dirigian hàcia afuera, produciendo una parte de la dilatacion visible al esterior. La pleura pulmonar se hallaba lisa, y cubierta por una membrana falsa muy delgada y gangrenada en algunos puntos (blanco sucio). Cortando perpendicularmente la membrana se llegaba à focos, que contenian un

detritus semejante al hollin diluido en agua, y á depósitos de líquidos gangrenosos, que exhalaban un olor característico, análogo al que se advirtió el dia 12, pero mas intenso aun, sofocante y tenaz. De estas cavidades habia algunas en que cabia un cañamon, mientras que otras podian contener un guisante. En el vértice del pulmon se hallaron masas cretáceas, engastadas entre vestigios de antiguas cavernas obliteradas anteriormente, cuya dureza indicaba la remota época de su formacion.

La pleura derecha contenia tan solo alguna serosidad trasparente; se hallaba inflamada en diversos puntos, y ofrecia un colorido apizarrado. Unicamente en algunos sitios se hallaba cubierta de la seudo-membrana que hemos descrito al hablar de la pleura izquierda. El pulmon, permeable en gran parte al aire, estaba cubierto de una tela semejante á la del lado izquierdo, pero no continua; donde faltaba esta existian las manchas (de un blanco sucio) que conducian á focos gangrenosos, mas numerosos en este lado que en el otro. El vértice del pulmon presentaba un pliegue y arrugas, que inducian á creer habia habido cavernas antiguas. Haciendo una incision vertical se llegaba á masas cretáceas como las del otro pulmon, y finalmente á un tubo bronquial grueso que terminaba *de repente*. Habia algunas adherencias posteriormente, sobre todo en la parte superior: anteriormente no habia ninguna.

El pericardio estaba enrojecido en el tercio izquierdo de su estension, y en el lado derecho tenia algunas ligeras arborizaciones. El corazon, poco voluminoso, ofrecia en algunos sitios chapas anacaradas y radiadas.

La parte izquierda del diafragma se hallaba sensiblemente alterada en su testura, y tan solo en el punto de la perforacion participaba de la degeneracion cancerosa del estómago, hallándose integro en el resto, y no ofreciendo nada de notable.

El estómago contenia un líquido análogo al de la cavidad izquierda del torax, aumentando sus paredes de grueso gradualmente desde el píloro, que se hallaba intacto hasta la parte media del fondo, que estaba perforado, segun antes hemos dicho. Su sustancia se encontró endurecida y lardácea, tenia un colorido blanco, sobre todo en el sitio correspondiente á la túnica muscular, que parecia una capa distinta del resto. Hácia la pequeña corbadura, y en las cercanias de la perforacion, ofrecia la mucosa un gran número de fungosidades, cuyo corte vertical permitia ver en ellas un color blanco, recorrido por muchos vasos sanguíneos.

El bazo habia desaparecido; formaba el centro del foco purulento establecido al través del diafragma, siendo fácil de reconocer su parenquima, por hallarse casi natural en las dos estremidades del gran diámetro, y estando su centro reducido casi en su totalidad á una pulpa pardusca; formaba muchos tabiques incompletos, estendidos transversalmente al ege del seno fistuloso.

El epiplon gastro-cólico estaba muy enrogecido, y ofrecia una multitud de vegetaciones miliares tambien rojas y duras.

El hígado era muy voluminoso y estaba amarillo, pero no manchaba de grasa al escalpel. El conducto colidoco se encontraba ensanchado.

Los riñones estaban sanos: el izquierdo adherido por su estremidad superior al fondo del estómago y á la masa formada por esta víscera, el bazo y el diafragma. La glándula supra-renal del mismo lado no existia, y la del derecho era mas voluminosa.

Los intestinos, inflamados de un modo manifiesto en general, estaban cu-

biertos de una membrana sero-purulenta, parecida à la crema, y en el fondo de la pequeña pelvis habia algunas cucharadas de un líquido purulento bastante espeso. Los ganglios mesentéricos, especialmente los adheridos à la columna vertebral, se encontraron endurecidos y escirrosos.

La vegiga de la orina estaba sana: la uretra ofreció vestigios de una flegmasia antigua: la mucosa se hallaba inflamada en diversos puntos, y escoriada hàcia el orificio libre.

II.ª OBSERVACION.

Ulcera cancerosa del estómago. El fondo de la úlcera formado por el páncreas. Perforacion de las paredes del estomago durante los esfuerzos del vómito. Peritonitis.

Un hombre de 64 años de edad, trabajador en cobre, dijo que solo hacia un mes se hallaba atormentado de dolores abdominales violentos, que le duraban medio dia, le dejaban descansar, y se reproducian al dia ó à los dos dias siguientes.

Tenia al mismo tiempo anorexia completa, nàuseas y vómitos. La ingestion de los alimentos en el estómago ocasionaba ó aumentaba los dolores, cuyo asiento no sabia determinar el mismo enfermo.

Por lo regular espelia parte de los alimentos, al mismo tiempo ó poco despues de ingerirlos.

Por otra parte se examinó al enfermo con ligereza, y su ocupacion de trabajar en cobre inclinò à pensar que el conjunto de síntomas que se presentaba era debido à las emanaciones metàlicas; en una palabra, que se trataba de un cólico de plomo acompañado de síntomas poco comunes.

En consecuencia de esto le fueron prescritos *cuatro granos de emético en un vaso de agua*; *el cocimiento de ciruelas endulzado para bebida comun; una lavativa narcótica, y un julepe.*

El emético produjo vómitos abundantes, y copiosas evacuaciones alvinas. En consecuencia de uno de los esfuerzos para vomitar, percibió el enfermo la sensacion como de una bola que desde la region epigàstrica descendiera hasta debajo del ombligo, y desde entonces aparecieron los síntomas de una peritonitis sobreaguda, que al siguiente dia por la mañana le ocasionó la muerte.

ABERTURA DEL CADAVER.

La cabeza y el pecho perfectamente sanos.

Abdomen. En esta cavidad habia derramada una gran cantidad de serosidad rojiza, mezclada con copos albuminosos. La túnica peritoneal de los intestinos presentaba de trecho en trecho chapas de un rojo bermejo. La membrana mucosa se hallaba sana.

En la cara anterior del estòmago, tres ó cuatro dedos à la izquierda del píloro y cerca del borde diafragmàtico, se observó una perforacion donde cabia la estremidad del dedo pequeño. Sin duda alguna las materias contenidas en el estómago se habian derramado en la cavidad de el peritóneo al través de esta perforacion, formada por la rotura de las paredes enfermas de aquella víscera en medio de los esfuerzos del vómito. De esto se originaría la peritonitis, y la sensacion de una bola esperimentada por el enfermo indicaba sin duda el momento en que habia tenido lugar el derrame.

Hecha una incision en el estómago, encontramos hácia la parte posterior, y mas á la izquierda respecto de la cara anterior que la perforacion, una úlcera de tamaño cuando menos triple que la ya referida, de bordes gruesos y elevados y de forma irregular, cuyo fondo se hallaba formado por el pancreas, habiendo sido completamente destruidas en este punto las túnicas del estómago. El pancreas se encontro unido á los bordes de la úlcera por un tegido celular denso y apretado, el cual, por una maravillosa prevision de la naturaleza, se oponia tambien á todo derrame de materiales en la cavidad abdominal.

Las túnicas del estómago, considerablemente engrosadas, habian degenerado en un tegido blanco, lardáceo, y que rechinaba al cortarlo. El mismo fondo de la úlcera ofrecia una capa negruzca y reducida á putrílago. Debajo de esta capa, que tendria cuatro á cinco líneas de grueso, habia conservado su aspecto natural el tegido del pancreas.

§. II.

Alteraciones de los tegidos subyacentes á la membrana mucosa.

En el párrafo anterior nos hemos ocupado particularmente en describir las numerosas y variadas alteraciones que puede sufrir la mucosa gástrica atacada de inflamacion crónica. En este vamos á tratar de las lesiones de los demas tegidos que entran en la composicion de las paredes del estómago.

Los folículos situados en la superficie interna de este órgano, y dependientes de ella hasta cierto punto, ofrecen algunas alteraciones que no dejan de tomar una gran parte en las enfermedades del estómago. Tales alteraciones se refieren principalmente: 1.º á su volúmen; 2.º á la estructura de sus paredes, y 3.º á la naturaleza de la materia que ordinariamente segregan.

Apenas pueden descubrirse en la superficie interna de varios estómagos, mediante el mas atento exámen, algunas criptas poco aparentes, y esta falta casi completa de los folículos se halla lo mismo en los estómagos sanos en la apariencia, y en los que están inflamados en diversos grados de un modo agudo ó crónico. En la superficie interna de otros estómagos son mucho mas visibles los folículos, están verdaderamente hipertrofiados, y se presentan como granulaciones redondeadas ya aisladas, ya aglomeradas en diversos puntos. No es probable que en semejante caso sean de nueva formacion los folículos que se perciben, sino que muy pequeños en el estado normal

para ser apreciables á la simple vista, se hacen manifiestos á medida que viniendo á ser, en virtud de la flegmasia, el asiento de una nutricion mas activa, aumentan de volúmen. Tal desarrollo insólito de los folículos puede ser parcial ó general en el estómago: parcial se encuentra en dos puntos principales, 1.º al rededor y un poco debajo del orificio cardiaco, y 2.º hácia la estremidad pilórica del estómago, en la estension de algunos dedos del punto de separacion de este órgano y del duodeno. En este espacio se hallan á veces las criptas mucosas tan desarrolladas y aglomeradas que la superficie interna del estómago se parece entonces, con relacion á la presencia de un gran número de folículos, á la organizacion del duodeno, examinado sobre todo en su primera corvadura, donde las criptas mucosas son mas gruesas, numerosas y aproximadas unas á otras que en ningun otro punto del tubo digestivo, escepto sin embargo donde están las glándulas agmíneas de Peyero; pero estas son por otra parte en su estado normal mucho menos voluminosas que las criptas del duodeno.

Cuando es general el desarrollo de los folículos gástricos, resultan dos variedades de aspecto en la superficie interna del estómago. Ya se hallan diseminadas en toda su estension un gran número de granulaciones de volúmen variable, blancas, grises, rojas ó pardas, en cuyo centro se descubre muchas veces un orificio rodeado frecuentemente de un círculo vascular rojo ó negro; ya en razon de un desarrollo todavía mas considerable de los folículos parece como mamelonada la membrana mucosa en una parte mayor ó menor de su estension. A primera vista pudiera creerse que tal aspecto mamelonado depende de haberse hipertrofiado con desigualdad la membrana mucosa en diversas porciones; puede ser asi en cierto número de casos, pero por un exámen atento nos hemos convencido mas de una vez que los mamelones de la membrana mucosa gástrica pueden ser debidos al incremento simultáneo de nutricion que esperimentan un gran número de folículos, estando formados los mamelones por ellos mismos invadidos de la hipertrofia, y las depresiones, las especies de fosas que existen entre ellos, son porciones de la membrana mucosa, que no han elevado los folículos. Cuando la superficie interna del estómago ofrece un aspecto mamelonado de esta suerte, la mucosa tiene por lo regular un color gris ó pardo, y durante la vida se han observado los diferentes síntomas que caracterizan la gastritis crónica. Mas de una vez hemos hallado esta única lesion en individuos que habian presentado todos los signos racionales de la afeccion llamada cáncer del estómago, tales como dolor en el epigastrio, contínuo ó reproducien-

dose por accesos; color amarillo-pagizo de la cara; marasmo; espulsion de las materias introducidas en el estómago; vómitos negros, etc.

Tales son las principales alteraciones que en el hombre ofrecen los folículos mucosos del estómago; pero en el caballo hemos observado muchas veces otras que nos parecen dignas de atencion por las consecuencias que pueden deducirse relativamente á la naturaleza de cierto número de desorganizaciones y transformaciones de muchos de nuestros tegidos.

No es raro ver elevarse de la superficie interna del estómago de los caballos tumores redondeados, cuyo volúmen varia desde el de una cereza ó avellana hasta el de una naranja gruesa. Pasa por encima de ellos la membrana mucosa, y en su centro hay un orificio por el que puede hacerse penetrar con facilidad un estilete hasta el interior del tumor, que en vez de ser sólido en toda su estension, constituye á la inversa un saco lleno por un líquido de naturaleza y consistencia variables. Este líquido ya se parece al moco, ya ofrece un aspecto puriforme, algunas veces está formado por una materia mas consistente, grumosa, friable y de un blanco mate ó ligeramente amarillento; otras es una sustancia semejante á la miel, análoga á la que contienen los tumores melicéricos desarrollados debajo de la piel; finalmente, mas de una vez la materia acumulada en el interior de estos tumores recuerda el aspecto de la sebácea que hay en el interior de las manchas cutáneas. No es menos variable la composicion anatómica de las paredes de los tumores referidos que la naturaleza del líquido que contienen. En los unos son bastante delgadas estas paredes, y se hallan principalmente constituidas por una prolongacion de la membrana mucosa reforzada al esterior por una capa mas ó menos densa de tegido laminoso; en otros adquiere poco á poco el aspecto fibroso esta capa celular, y por último en otros se encuentra transformada en verdadero cartílago.

Hemos visto á veces hallarse formadas en las paredes fibrosas ó cartilaginosas de estos tumores muchas celdillas, en las cuales estaban anidados numerosos entozoarios con todos los caractéres del gran órden de *nematodes* de Rodulphi, de un hermoso color blanco, adelgazados en sus dos estremidades, de una á dos líneas de largo y del grueso de un cabello, que se movian con facilidad en las celdillas donde estaban acumulados, y que existian tambien en el saco principal, de donde salian por el orificio central para estenderse en la superficie interna del estómago. Por otra parte tales insectos no se habian desarrollado despues de la muerte y en medio de una putrefaccion incipiente,

pues hemos comprobado su existencia en caballos examinados inmediatamente despues de muertos.

¿Cuál es la naturaleza de estos tumores? Si para descubrirla empezamos á examinar los mas voluminosos, permaneceremos inciertos respecto de su orígen y de la manera de formarse, inclinándonos á colocarlos entre los kistes susceptibles de desarrollarse completamente en medio de los tegidos animales, y con especialidad en el tegido celular que rodea y separa á los demas. Sin embargo, aun en el examen de este caso mas complicado, llama la atencion del observador una circunstancia casi constante: la existencia de un orificio en el centro de los tumores. La regularidad de este orificio, su posicion uniforme, su constante diámetro y el aspecto de sus bordes, alejan la idea de una solucion de continuidad, é inclinan ya á sospechar que semejante abertura es natural, y que tal vez no sea otra cosa que el orificio dilatado de un folículo agrandado. Sin embargo esto no es mas que una presuncion; pero estudiando los tumores mas pequeños y de paredes de composicion mas sencilla, se convierte en certidumbre viendo agrandarse por grados insensibles el folículo, hipertrofiarse sus paredes, dilatarse su cavidad, desarrollarse á su alrededor tegidos nuevos, y convertirse sucesivamente el moco, que naturalmente segrega en materia purulenta, tuberculosa, sebácea, melicérica, cretácea ó ser finalmente reemplazado por un líquido, en medio del que se desarrollan seres vivos entozoarios. Una vez apreciados estos cambios sucesivos, no es mas difícil penetrar la naturaleza de los tumores mas gruesos que la de los mas pequeños y simples. Entre tales tumores los hay que no presentan el orificio central; pero como el resto es análogo, debe concluirse que se ha obliterado la abertura, del mismo modo que con frecuencia desaparece á nuestra vista la de los folículos cutáneos que desarrollándose constituyen lo que se llaman pecas. Deduciremos pues, como consecuencia general, del conjunto de los hechos precedentes, que una vez separados un tegido ó un órgano de la via normal de nutricion puede sufrir los cambios mas variados é inesperados, ya en su forma, ya en su testura; y en tal série de metamórfosis puede llegar á un punto en que se encuentre tan desemejante á sí mismo que se le desconozca del todo, á no estudiarle en el órden sucesivo de las numerosas trasformaciones que ha sufrido. Procediendo de esta manera llegamos infinitas veces á demostrar que muchas producciones accidentales consideradas como tegidos heterologos, y formadas completamente en medio de los tegidos naturales, no son otra cosa que estos mismos tegidos alterados. Hemos procurado probar en otra par-

te que acontece de la misma manera en las granulaciones pulmonares, por ejemplo (1), y en lo que falta aun de nuestra obra procuraremos reducir á los mismos principios la formacion de las degeneraciones escirrosas del estómago.

Los líquidos segregados por el estómago en el estado sano pueden alterarse mas ó menos notablemente, respecto á su cantidad y cualidades, cuando hay gastritis crónica. Entró en la Caridad un sugeto con todos los síntomas de esta enfermedad, que vomitaba hacia mucho tiempo todos los dias cerca de dos azumbres de moco blanquezino, como viscoso, semejante á la clara de huevo crudo. Esta cantidad de moco se espelia en varias veces durante las veinte y cuatro horas, siendo notable que nunca arrojase las tisanas, los caldos, las cremas de arroz ni las menestras; en una palabra, nada del poco alimento que tomaba. Al abrir el cadáver no se halló mas lesion en el estómago que una hipertrofia general de la membrana mucosa, con coloracion morena de su tegido y desarrollo muy considerable de los folículos.

Entre las materias que despues de la muerte se hallan en el estómago afectado de flegmasia crónica, y que, por medio del vómito, pueden arrojarse en una cantidad á veces prodigiosa durante la vida, no debe olvidarse la materia negra, que ha fijado hace mucho tiempo la atencion de los patólogos, y que se ha comparado al chocolate disuelto en agua, á los posos del café, etc. Dos cuestiones pueden presentarse con este motivo: 1.ª ¿cuál es la naturaleza de esta materia?; 2.ª ¿depende su secrecion de una lesion especial de las túnicas del estómago?

Hemos remitido á M. Lassaigne cierta cantidad de materia negra, vomitada por una mujer que durante el espacio de un mes arrojaba todos los dias cosa de media azumbre, y resultó que la referida materia contenia mucha agua, albúmina, un ácido libre de naturaleza orgánica, y ademas se enturbiaba y ennegrecia por la suspension de una materia colorante de un pardo subido, insoluble en el agua, soluble por el contrario en el ácido sulfúrico, y que cuando estaba disuelta ofrecia un color hermoso rojo sanguíneo, semejante al que presenta la materia colorante de la sangre en el mismo ácido. Sometido á la calcinacion se quemaba sin dilatarse, y dejaba un resíduo poco pesado, de color de ladrillo, y compuesto de óxido de hierro al *máximun*, y de vestigios de fosfato de cal, del mismo modo que la materia colorante de la sangre no purificada.

---

(1) *Precis d'Anatomie patologique.*

Del referido análisis se deduce que el color negro de las materias vomitadas en cierto número de afecciones del estómago, es debido á la presencia de un elemento orgánico, que tiene la mayor analogía con la materia colorante de la sangre. Tal es el resultado que habia ya obtenido M. Breschet, cuando despues de haber demostrado en su escelente escrito acerca de la melanosis, que se halla principalmente formada esta produccion accidental por una materia colorante análoga á la de la sangre, colocó entre las melanosis la materia de los vómitos negros. En otra obra (1) hemos procurado robustecer esta opinion con nuevas pruebas. En un estómago que hemos examinado recientemente hallamos la materia colorante negra bajo dos formas: desde luego existia libre en la cavidad del estómago, en cuya superficie interna se habia segregado, y ademas en muchos sitios se hallaba combinada con la membrana mucosa gástrica, y la teñia de un hermoso negro, á la manera que en el estado normal colora algunas porciones de las membranas mucosas en muchos animales.

Asi, pues, la materia de los vómitos negros debe referirse á la de la melanosis con relacion á su composicion química, del mismo modo que respecto al color, se halla como la última constituida por una materia colorante muy parecida á la de la sangre. Por otra parte debe reconocerse que en el acto de separarse de la sangre puede sufrir una modificacion mas ó menos considerable, de lo cual deberá resultar que en unas circunstancias sea completamente idéntica á la materia que da el color á la sangre, y en otras se diferencie mas ó menos de ella (2). Ademas, esto es lo mismo que sucede respecto de otros muchos productos emanados de la sangre en el estado sano ó morboso, y de los que se hallan otros semejantes en los elementos de este líquido: asi la serosidad segregada de la sangre en la superficie de las membranas serosas no es siempre la misma que se encuentra en aquel líquido, respecto á las pro-

---

(1) *Precis d' Anatomie pathologique.*

(2) Muy posible es que ulteriores investigaciones demuestren que la materia colorante negra que constituye las producciones melánicas se diferencia del todo en ciertos casos por su composicion química de la materia colorante de la sangre, y que entonces sea un producto segregado de nueva formacion, lo mismo que las numerosas materias colorantes, azules, verdes, etc. que tiñen con tanta riqueza los tegidos cutáneo, mucoso, piloso, etc. de muchos animales. Algunos datos fisiológicos nos inclinarán, por ejemplo, á pensar que la materia colorante negra de los pulmones, tan abundante en los viejos, se halla principalmente formada por el carbono.

porciones de agua, de albúmina, y de las sales que contiene; lo mismo acontece respecto de la fibrina, etc.

Aqui tiene lugar la historia de un caso en que se presentó la materia negra diseminada en forma de manchas negras en la superficie interna del estómago, al mismo tiempo que existia libre y en forma líquida en la cavidad del mismo órgano.

III.ª OBSERVACION.

Melanosis del estómago. Anorexia completa como único síntoma respecto del estómago. Hidropesía sin lesion notable que pudiera esplicarla.

En el mes de febrero de 1826 murió en el hospital de la Caridad (en las salas de M. Lerminier) una mujer de unos 50 años. A su entrada tenia una infiltracion serosa general del tegido celular subcutáneo; y una hidropesia ascitis. En vano se procuró investigar la causa de esta leucoflegmasia: los latidos del corazon parecian hallarse en estado fisiológico, nada indicaba una enfermedad del hígado, ni aparecia hallarse alterada ninguna otra víscera. No podian darnos ninguna luz los signos conmemorativos; decia la enferma que la hidropesia se habia formado poco á poco, empezando por los miembros, y estendiéndose sucesivamante hasta el abdomen, sin sentir nunca ningun dolor en esta última parte, ni dificultad de respirar, hasta que la ascitis llegó á ser considerable. Durante cerca de seis semanas que transcurrieron desde la entrada de la enferma en el hospital hasta su muerte, no disminuyó la hidropesia, aumentó la debilidad general, se presentó diarrea de cuando en cuando, y fué completa la anorexia; por lo demas no habia dolor en el epigastrio, ni vómitos, y la lengua presentaba el aspecto natural. La enferma se estinguió lentamente, y sucumbió sin presentar síntomas nuevos.

ABERTURA DEL CADAVER.

No habia ninguna lesion en el corazon, ni en sus dependencias (pericardio, arterias y venas examinadas en sus diferentes divisiones). Los pulmones ingurgitados en su parte posterior se hallaban por lo demas sanos. El conducto torácico se encontró libre en toda su estension, y contenia como siempre un poco de serosidad sin color y transparente. En la cavidad del peritoneo estaba derramado en gran cantidad un líquido semejante, sin ofrecer la membrana serosa ningun vestigio de inflamacion antigua ni reciente. El hígado tenia el volúmen, la consistencia y el color que en el estado actual de nuestros conocimientos constituye para nosotros su estado sano. Lo mismo acontecia respecto del bazo, del pancreas, de los ganglios mesentéricos y del aparato urinario (1). Pero el estómago nos ofreció un género de alteracion que apenas

(1) En el *Precis d' Anatomie pathologique* hemos descrito una lesion de los riñones, que tambien ha sido indicada por el médico inglés Bright, y que coincide frecuentemente con una hidropesia, para cuya esplicacion no se halla alteracion en ningun otro órgano.

podia preverse: hecha una incision á lo largo de su grande corvadura, salió un liquido negro como tinta, que puesto en contacto con lienzo y papel blanco, los tiñó del mismo modo que si se hubiera colocado sobre ellos la membrana coroidea; pudiendo valuarse en cuartillo y medio la cantidad del liquido de esta naturaleza contenido en el estómago. Lavada y seca la superficie interna de dicha víscera, se halló sembrada de un crecido número de manchas de un negro intenso, teniendo todas exactamente la figura circular ú oval: tres ó cuatro de ellas serian del tamaño de un medio duro, ocho á diez del de una peseta, y las demas, que eran mas numerosas, variaban desde el de un real de plata hasta el de un grano de mijo, presentándose finalmente en algunos sitios como puntitos negros. Al rededor de dos manchas de las mayores, y de algunas de las pequeñas, ofrecia la membrana mucosa un color rojo lívido, que siendo bastante subido en las inmediaciones de la mancha, iba desapareciendo conforme se alejaba de ellas: al rededor de las otras manchas, en sus intervalos, y en todos los demas puntos, estaba pálida la superficie interna del estómago, y no se advertia en la membrana mucosa ninguna alteracion apreciable respecto á su consistencia y grueso. Solo existia la coloracion negra, pero esta presentaba la misma intensidad en las dos caras, estando la referida membrana algo engrosada, y ofreciendo mayor resistencia en los puntos en que tenia su asiento la coloracion negra. En algunos sitios estaba enrojecido el tegido celular subyacente á las manchas. Nada de particular observamos en el resto del tubo digestivo.

Luego que se nos presentaron las manchas negras como el ébano diseminadas en la superficie interna del estómago, nos llamó la atencion su semejanza con las verdaderas manchas gangrenosas, y en particular con las escaras, que determina en el estómago la ingestion del ácido sulfúrico concentrado. Sin embargo no se exhalaba de la membrana mucosa ningun olor gangrenoso, y el género de muerte de la enferma alejaba toda idea de envenenamiento por un corrosivo, pues que no habia existido ningun síntoma de afeccion aguda del estómago, y por otra parte podia establecerse alguna relacion entre la naturaleza de las manchas negras de la membrana mucosa, y la del líquido contenido en el estómago. Desde entonces desechamos toda idea de afeccion gangrenosa, que no podia ponerse de acuerdo ni con la naturaleza de los síntomas observados durante la vida, ni con la de las lesiones mismas examinadas mas atentamente. No vimos mas en este caso que un ejemplo de melanosis del estómago, ó, en otros términos, una secrecion de materia colorante negra depositada por una parte en el mismo tegido de la membrana mucosa, de donde la coloracion negra accidental de esta membrana, parecida á la que existe naturalmente en ciertas porciones de las mucosas de los animales, y por otra se habia

exhalado en la superficie libre de la referida membrana, de lo que se originaba la presencia de un líquido negro en el interior del estómago.

Hemos creido útil publicar este hecho: 1.° porque hasta ahora se han citado muy pocos ejemplares de un depósito semejante de *pigmentum* negro con la forma de manchas circunscritas en el tegido mismo de la membrana mucosa gástrica; 2.° porque este hecho no carece tal vez de importancia respecto á la medicina legal, por presentar lesiones que bajo cierto punto de vista se asemejan á las que puede ocasionar el ácido sulfúrico, y 3.° porque demuestra que puede exhalarse en el estómago una materia análoga á la que constituye los vómitos negros en ciertos cánceres de esta entraña, sin que haya afeccion cancerosa, ni aun gastritis; pues en el intervalo de las manchas negras se hallaba la mucosa muy sana, y nada conduce á demostrar que las mismas chapas fuesen resultado de la accion inflamatoria. Es muy probable que el *pigmentum* negro derramado en el estómago se formase poco á poco durante la vida, de modo que á medida que iba produciéndose pasase al duodeno; porque si se hubiera depositado en mayor cantidad, hubiera sido espelido con el vómito. Tal vez empezaría á exhalarse en la última época de la vida. No olvidemos, por otra parte, cuán poco pronunciados fueron los síntomas gástricos; siendo la anorexia el único signo que anunciase la existencia de algun trastorno en el estómago.

Otra circunstancia notable de esta observacion es la existencia de una hidropesía (anasarca y ascitis) sin lesion apreciable, ni mecánica ni inflamatoria, que pueda esplicarla. No nos es posible ascender á la causa que produjo la hidropesía, pues decir que era efecto de un esceso de vida en los exhalantes, de atonia en los absorventes, ó de falta de equilibrio entre la accion de estos dos órdenes de vasos, es hacer puras suposiciones. Todo lo que vemos es un aumento de cantidad en el líquido que llena las areolas del tegido celular, y la membrana serosa abdominal. Por lo tanto, á pesar de las luces que acerca de la etiología de las hidropesías dan los trabajos modernos, nos obliga la observacion á reconocer que hay cierto número de casos en que ni el estudio de los síntomas, ni la anatomía patológica, pueden revelarnos su causa.

En la primera parte de este trabajo hemos procurado demostrar cómo, en consecuencia de la inflamacion de la membrana mucosa, bien persista, bien haya desaparecido la referida inflamacion, pueden sufrir varias especies de alteraciones los tegidos subyacentes; al presente nos ocuparemos en describirlas.

Entre los tegidos ó elementos anatómicos que entran en la composicion del estómago, deben colocarse en primer lugar, despues de la membrana mucosa, respecto á la frecuencia é importancia de sus alteraciones, las dos capas celulares, colocadas una entre la membrana mucosa y muscular, y otra entre esta y la serosa; hallándose unidas entre sí por medio de prolongaciones celulares que pasan de la una á la otra entre los haces de la túnica carnosa. Atacadas de flegmasia estas diversas porciones de tegido celular, y cambiado su modo de nutricion normal, pueden sufrir las mas variadas transformaciones y las alteraciones mas singulares de forma y testura; resultando con semejantes estados morbosos lo que hemos visto que acontece con ciertas enfermedades de los folículos, cuyo orígen y naturaleza se desconoce mas ó menos por no haber estudiado su desarrollo sucesivo.

El tegido celular sub-mucosō se altera rara vez en los casos de inflamacion aguda, aunque la membrana mucosa se halle gravemente afectada; pudiendo sin embargo entonces inyectarse ó reblandecerse. Tambien puede conservarse intacto en un gran número de casos de gastritis crónica, cualquiera que sea el grado de intensidad y duracion de ella; pero otras veces es invadido asimismo por la inflamacion, ya solo, ya simultáneamente con las demas porciones del tegido celular, que concurren á formar las paredes del estómago. Hay casos en que se adelgaza como la mucosa, y acaba por desaparecer lo mismo que esta, y tambien suele encontrarse reblandecido y transformado en una pulpa líquida: cesa entonces de existir en forma de membrana sólida y resistente la capa celular sub-mucosa, que por una parte fortifica á la membrana mucosa, y por otra se continúa en los intervalos que dejan entre sí los haces de la túnica carnosa: en tal estado pierden las paredes del estómago una gran parte de las fuerzas de resistencia que oponen naturalmente á las causas que tienden á operar una solucion de continuidad. Entonces vemos romperse el estómago con notable facilidad á consecuencia de la introduccion en él de una gran cantidad de bebidas, de una contraccion mas ó menos enérgica de los músculos abdominales, ó de una violencia esterior que obre sobre el epigastrio.

El aumento de grosor y consistencia del tegido celular es un hecho que se observa en un gran número de casos cuando se hallan afectos de inflamacion crónica los diversos tegidos con quienes se halla en relacion. Esto es lo que frecuentemente acontece al que separa y une á la vez las diferentes túnicas del estómago. De los diversos grados de engrosamiento é induracion del referi-

do tegido celular resulta la especie de alteracion de testura que generalmente se ha descrito por los autores con el nombre de escirro del estómago. A medida que el tegido celular gástrico se engruesa y endurece, se separa mas y mas de su aspecto normal, sufriendo transformaciones notables; pero en medio de estas sucesivas metamorfosis pueden seguirse con el escalpelo los diversos grados, porque pasa para llegar al estado en que se encuentra. La mas comun de las transformaciones es aquella en que se presenta en forma de un tegido agrisado, azulado ó de un blanco mate, de aspecto homogéneo, sin indicios de vasos que le atraviesen, duro, y que rechina al cortarle: este es el escirro por escelencia. No hay inconveniente en conservar esta espresion, con tal que se comprenda bien su valor, y no suceda que abusando de ella se tenga por un tegido nuevo, completamente formado en la economia, casi como un entozoario, lo que solo es una transformacion de un tegido normal. Efectivamente ¿dónde se encuentran los escirros? En ningun tegido, sino en el celular, interpuesto entre los demas: al mismo tiempo que la fibra celular que rodea á estos se endurece y pone escirrosa, pueden ellos alterarse de varios modos, y aun concluir por destruirse y desaparecer, pero realmente no se convierten en escirro; lo cual es sobre todo evidente respecto de las membranas mucosas. Por otra parte, obsérvese el tegido celular endurecido en los diversos puntos de la economía, y llamará la atencion la singular contradiccion de los autores, que en unos puntos consideran como escirro á un tegido absolutamente semejante á otro, que en circunstancias idénticas se contentan con denominar induracion. El tegido celular sub-mucoso de los intestinos gruesos, por ejemplo, que en muchas diarreas crónicas se hace mas aparente que de costumbre, transformándose en un tegido duro, blanquecino y homogéneo; si presenta generalizado el aumento de grueso, y este es poco considerable, de modo que solo resulta cierta rigidez en la totalidad de las paredes de los intestinos gruesos, no es aun un escirro; pero si siendo absolutamente igual el aspecto del tegido, es parcial el aumento de grueso y consistencia, y bastante considerable para que resulte un tumor, lo que era antes un simple endurecimiento, se toma al presente por un tegido nuevo, y se denomina escirro. Tampoco se da este nombre á la induracion, que con tanta frecuencia presenta el tegido celular ya en el fondo de las úlceras de las membranas mucosas, ya al rededor de las úlceras cutáneas antiguas, ya en el trayecto de una fístula, ya al rededor de muchos tumores blancos de las articulaciones, ya en la proximidad de una caries ó de una necrosis. Sin embargo, la alteracion que en estos diversos casos se lla-

ma una induracion del tegido celular, ofrece un aspecto idéntico á la que en el estómago se denomina escirro.

A veces el tegido celular sub-mucoso del estómago no presenta únicamente el estado de induracion simple, de que acabamos de hablar (escirro de los autores), no solo se hipertrofia (1), sino que sufre una verdadera transformacion, adquiere los caractéres del tegido cartilaginoso, y sobre todo del cartilaginoso imperfecto, blando aun y poco elástico, que existe primitivamente en el embrion. Por otra parte, es mas rara la verdadera transformacion en cartílago del tegido celular sub-mucoso que la del sub-seroso.

Si el tegido celular gástrico endurecido, en vez de ser agrisado ó azulado, como semi-transparente, es de un blanco mate y opaco, y si en lugar de carecer de vasos se halla atravesado por ramificaciones vasculares mas ó menos numerosas, no se dice que se ha desarrollado entonces un escirro en el grueso de las paredes del estómago, sino el tegido cerebriforme ó encefaloideo. Por mucho tiempo hemos admitido esta distincion, pero las contínuas investigaciones nos han demostrado cuán arbitraria es. En la mayor parte de los casos se confunden por graduaciones insensibles los dos tegidos llamados escirroso y encefaloideo, no pareciendo ser este como aquel, en último resultado, sino una forma de la induracion que ha sufrido el tegido celular sub-mucoso del estómago. En efecto, ¿quién no concibe que en los diversos grados de aberracion de la nutricion puede presentar este tegido celular muchas graduaciones diversas de colorido? En cuanto á la presencia ó ausencia de los vasos ¿no se vé que es una circunstancia puramente accidental? Si es cierto que el tegido celular sub-mucoso se halla atravesado por vasos en el estado normal, es consiguiente que tales vasos deben existir en el mismo cuando está hipertrofiado, siendo únicamente mas ó menos manifiestos segun el grado de congestion sanguínea que haya en él al tiempo de examinarle.

Es importante observar la presencia ó falta de vasos en el tegido celular endurecido, no para establecer segun ella sola dos géneros de tegidos morbosos, sino para reconocer por este medio la actividad mayor ó menor de la congestion san-

(1) Despues de impreso esto (primera edicion, 1827) se ha modificado algo nuestra opinion acerca de la naturaleza del escirro, y puede verse en el *Precis d' Anatomie pathologique* que el escirro nos parece no consiste solo en un simple estado de hipertrofia del tegido celular, sino que hay ademas donde se forma un acto morboso de secrecion.

guínea, de la inflamacion en la misma membrana celular. De lo que se originan los síntomas diferentes, que no dependen de la presencia de tegidos morbosos realmente diversos, sino de los varios grados de inflamacion de la misma membrana.

Al mismo tiempo que se altera la nutricion del tegido celular gástrico, pueden verificarse en él secreciones de diversa naturaleza, que efectivamente acontecen con frecuencia. En medio de las porciones endurecidas del referido tegido se encuentran muchas veces formadas una especie de areolas ó celdillas, que contienen una materia semi-líquida bastante parecida á la gelatina de carnes ó á la miel, y que se ha llamado escirro reblandecido; pero esta es una asercion sin pruebas, y si tal materia es idéntica á la que se halla en un gran número de kites de paredes serosas; si se encuentra en ciertos tumores compuestos del ovario y cuerpo tiroideo, donde aparece contenida en celdillas distintas, no habiendo á su alrededor nada que se parezca á escirro; si se observa en el seno de las masas cartilaginosas, donde se tiene solo por una materia coloidea dispuesta en cavidades, cuyas paredes están únicamente formadas por el cartílago; si, como hemos visto una vez en la pleura, las membranas serosas pueden producir en lugar de serosidad una materia semejante, y por último, si en estos diferentes casos el pretendido escirro en estado de reblandecimiento se presenta como un simple producto de secrecion independiente de todo estado escirroso anterior, nos inclinará á deducir una analogía rigurosa: que la materia semejante á gelatina ó miel hallada con frecuencia en medio del tegido celular endurecido del estómago, no es este mismo tegido reblandecido, sino que como en los demas casos citados es un producto nuevo, que se ha depositado por medio de la secrecion en el sitio referido.

Otras veces se verifica en el seno del mismo tegido celular endurecido otra especie de secrecion: es una materia líquida, opaca, ya de un blanco mate, ya agrisada, ya con frecuencia teñida de sangre, en una palabra, una de las variedades de líquido morboso designado con el término genérico de pus. Sean las que quieran las graduaciones de sus propiedades físicas, se presenta bajo dos aspectos: ó se halla verdaderamente infiltrado en medio del tegido celular transformado en tumor de los llamados escirroso ó encefaloideo, y se esprime en gotitas por medio de la presion, ó tiende á reunirse en un solo foco que se agranda cada vez mas, y acaba por ocupar una parte de la masa sólida en medio de la que se ha segregado, y donde al principio estaba infiltrado. Entonces el tegido celular, en

medio del que se verifica la secrecion, ofrece casi siempre numerosos vasos que atraviesan en diversos sentidos el tumor formado por él; la presencia de los vasos, y la secrecion del líquido purulento atestiguan en el tumor la existencia de una accion inflamatoria mas activa: desde entonces acontece en el tegido celular otro género de cambio de nutricion; despues de haberse hipertrofiado bajo la influencia de una irritacion poco activa, mas notable por su duracion que por su intensidad, tiende á destruirse y á ulcerarse; se desgarran los vasos, que le recorren, resultando segun su calibre ó una simple coloracion rojiza de la materia puriforme, ó hemorragias copiosas y mortales.

Asi, pues, deben apreciarse en lo referido tres fenómenos principales: 1.º un estado inflamatorio mas intenso ó de diversa naturaleza que el que hubo para producir la hipertrofia del tegido celular; 2.º una secrecion purulenta, y 3.º una tendencia á la destruccion del tumor á medida que hace progresos la inflamacion.

De los hechos y consideraciones precedentes, creemos poder concluir que entre los tumores desarrollados debajo de la membrana mucosa gástrica, los que generalmente se consideran formados por los tegidos llamados escirroso y encefaloideo en el estado de crudeza, son tan solo formas de la hipertrofia del tegido celular sub-mucoso; y en cuanto al estado de reblandecimieno de los mismos tegidos juzgamos que se ha dado inexactamente este nombre á los nuevos productos secretorios que se depositan en medio del tegido celular preliminarmente inflamado. Tambien pueden tener lugar otras secreciones morbosas: asi se halla con frecuencia la materia tuberculosa (1) en masas mas ó menos considerables, del mismo modo que se encuentran en puntos aislados ó en chapas mas ó menos estensas depósitos de materias colorantes de color variado, y sobre todo amarillo ó negro (melanosis).

La hipertrofia del tegido celular gástrico puede limitarse á la membrana sub-mucosa de Bichat (túnica nerviosa de los antiguos), este es el caso mas comun; puede ademas estenderse á las porciones del tegido celular colocadas entre los haces de la túnica carnosa, de lo que resulta la presencia de intersecciones blanquecinas entre ellos, acerca de las cuales insistiremos mas adelante; y por último puede existir principalmente el

(1) Creemos haber probado en otra parte (*Precis d' Anatomie pathologique*) que el tubérculo, llamado tegido, es un simple producto de secrecion.

aumento de grueso y consistencia en la membrana laminosa subperitoneal: esto último puede acontecer aislada ó simultáneamente con la induracion de las demas grandes porciones del tegido celular gástrico.

Puede existir la hipertrofia, de que nos ocupamos en toda la estension del estómago, cuyas paredes son entonces mas duras y gruesas que en el estado normal, no deprimiéndose cuando se cortan. Este caso es muy raro, siendo la hipertrofia parcial por lo regular. El punto del estómago afectado con mas frecuencia es el píloro, ya solo en la circunferencia del orificio de comunicacion del ventrículo con el duodeno, ya en toda la porcion del estómago llamada pilórica; tambien, aunque mas rara vez se ha observado al rededor del cardias; por fin puede existir en toda la estension del mismo cuerpo del estómago y de los dos bordes. Cuando la hipertrofia del tegido celular submucoso existe hácia el píloro ó el cardias, termina por lo comun de un modo repentino donde empiezan el duodeno y el esófago; sin embargo, puede traspasar los límites del estómago, y estenderse á una ú otra de estas porciones del tubo digestivo: en dos casos en que habia induracion del tegido celular submucoso del cardias y de sus inmediaciones, la hemos visto estenderse al tercio inferior del esófago en un grado bastante considerable para producir una notable estrechez de este conducto.

La túnica carnosa del estómago, que se conserva intacta en un gran número de gastritis crónicas, se altera otras veces observándose uno de los tres estados siguientes: ó se hipertrofia, ó se atrofia, ó desaparece por último completamente en una estension mayor ó menor del órgano.

La hipertrofía de la túnica carnosa, acerca de la que han fijado la atencion muchos autores, y especialmente el doctor M. Louis (1), apenas se observa de un modo aislado; tal es por lo menos el resultado de nuestras propias observaciones. Coincide generalmente con la del tegido celular que tapiza sus dos caras, y se halla interpuesto entre los haces que la componen. Examinando á estos en un corte practicado en el estómago, parecen formados de un tegido mas brillante y duro que en el estado natural, y si como acontece con frecuencia el tegido celular interpuesto entre ellos participa de la hipertrofía, resulta el siguiente aspecto, tanto mas digno de atencion, cuanto puede dar lugar á equivocaciones muy notables: del tegido celular sub-

(1) *Archives de Medecine.*

mucoso al sub-peritoneal cruzan unas intersecciones blancas, unas especies de tabiques de apariencia y consistencia fibrosas que atraviesan por entre la túnica carnosa, y dividen á esta en una série de lóbulos que forman una ligera eminencia por delante de las líneas blancas que los separan. A primera vista puede desconocerse con facilidad la verdadera naturaleza del tegido que constituye estos lóbulos, á causa de las modificaciones de testura que ha sufrido hipertrofiándose la fibra muscular que por lo comun se ha puesto mas apretada. Asi que tales lóbulos y las intersecciones de apariencia fibrosa que los separan se han descrito generalmente como tipo del tegido escirroso, llegando al singular resultado de describir en las afecciones cancerosas del estómago la no existencia de la membrana muscular que se hallaba hipertrofiada, y suponer que habia sido reemplazada por un tegido accidental de nueva formacion.

Sucede á veces que en vez de hipertrofiarse la túnica carnosa, al mismo tiempo que aumentan de grueso y consistencia las diversas porciones del tegido celular gástrico, sufre una verdadera atrofia. Entonces mediante una diseccion atenta no se hallan en medio del tegido celular endurecido sino algunas fibras decoloradas, reunidas en haces delgados, y separadas por largos intervalos, donde no se distingue ningun vestigio de ellas. En otros estómagos, conservándose siempre la misma disposicion del tegido celular, desaparece la túnica carnosa en una estension mayor ó menor, ocupando su lugar el mismo tegido celular endurecido, y colocado entre el peritóneo y la membrana mucosa mas ó menos alterada. ¿Qué hay en estos diversos casos? Un aumento de nutricion en un tegido y decremento de la misma funcion en otro, sin nada que justifique el admitir un tegido de nueva formacion. Por otra parte es un hecho muy general en la economía que en virtud de una especie de equilibrio de nutricion el aumento de actividad adquirido por un órgano ó un tegido en su vitalidad, en sus funciones ó su nutricion se equilibre ó compense con la diminucion en las funciones vegetativas ó animales de otras partes. Limitándonos á citar un solo hecho análogo al que nos ocupa, véase como en los miembros, á medida que un tumor vegeta en el tegido celular donde se ha originado, pierden con frecuencia su color y su grueso los músculos que le rodean, reduciéndose tan solo á un conjunto de fibras delgadas y pálidas. En un caso que hemos tenido ocasion de observar hace algunos meses, habia adquirido el tegido celular grasiento situado detras del globo del ojo tal grado de incremento, endureciéndose al mismo tiempo, que llenaba toda la cavidad de la órbita, y empujaba hácia adelante hasta

los mismos párpados: en medio de la masa blanquecina y dura que formaba, y en la que se hallaban aun bastantes pelotones adiposos, estaba como enterrado el globo del ojo notablemente disminuido de vólumen, y formado por la esclerótica muy reducida que contenia tan solo en rudimento las diversas membranas y humores; la cornea transparente no se presentaba, sino como un punto negro en la parte anterior de la esclerótica. A esta se ataban como siempre los seis músculos del ojo, pero muy pequeños, decolorados, rudimentarios como el ojo á que pertenecian, siendo necesaria una diseccion muy atenta para no confundirlos con el tegido celular que los rodeaba. En este caso como en el de gastritis crónica, de que hemos hablado ultimamente, se hallan todos los elementos que entran en la composicion del órgano, pero modificados en su nutricion, y cambiadas sus proporciones de vólumen (1).

---

(1) Se ha agitado mucho en estos últimos tiempos la cuestion de si el escirro ó cáncer del estómago, tal como acabamos de describirle, debe considerarse como uno de los productos de la inflamacion del órgano. A lo menos nos parece razonable admitir que la inflamacion puede ser causa ocasional del cáncer en el estómago, del mismo modo que le determina en una mama que ha sufrido una violencia esterior. Véase un hecho importante bajo este punto de vista, cuyo conocimiento se debe à M. Bouillaud, y que nos parece demostrar del modo mas manifiesto que puede desarrollarse un cáncer en el estómago á consecuencia de la ingestion de cierta cantidad de ácido nítrico. Es evidente que en semejante caso ha precedido á la formacion del càncer una flegmasia. Tanscribiremos íntegra esta historia, porque nos parece de la mayor importancia en la cuestion de la etiologia del cáncer. Se publicò por M. Bouillaud en el *Journal hebdomadaire de Medecine*, diciembre 1833.

Un hombre de 34 años de edad, de constitucion seca, bastante robusto, de carácter sombrio, que se entregaba à diversos escesos, y esperimentaba disgustos en su casa, intentò envenenarse bebiendo àcido nítrico ocho dias antes de entrar en la clínica de la Caridad, donde fuè recibido el 26 de junio de 1833. Dijo que habia tomado un vaso de agua fuerte, del que vomitó una gran parte despues de haberlo ingerido. Un médico à quien llamó le prescribiò agua magnesiana. Durante los dos primeros dias se halló el enfermo atormentado por los vómitos, acompañados de sed ardiente y de un movimiento febril intenso. La garganta se encontraba muy dolorida, y era dificil la deglucion. Se aplicaron sanguijuelas al epigastrio y al cuello, secundando este medio con los emolientes de todas clases. (*Cataplasmas, gargarismos, bebidas, etc.*) Poco á poco se calmaron los accidentes mas graves.

En el momento en que entró el enfermo percibimos, haciéndole abrir la boca, vestigios aun muy profundos de la accion del veneno: en efecto, la cara interna de los carrillos, la campanilla, el velo del paladar y la faringe, se hallaban cubiertas de úlceras con escaras grises y un poco amarillentas;

La atrofia de la túnica carnosa del estómago puede coincidir con la misma alteracion de otras túnicas. Cuando existe simultáneamente en las membranas mucosa, laminosa y muscular puede llegar á tal punto que en una grande estension, por ejemplo, la de todo el fondo del estómago, no representen las

---

las partes que estaban cubiertas de estas escaras se encontraban inyectadas, enrojecidas, entumecidas y doloridas, y exhalaban un olor fétido. La ronquera y un vivo dolor en el trayecto del esófago, que se aumentaba durante la deglucion, nos inclinaron á creer que en la parte superior de la laringe y del esófago habia lesiones análogas á las precedentes. Los síntomas gástricos, como las náuseas, los vómitos y el dolor epigástrico habian disminuido mucho, pero no cesado del todo. El rostro se hallaba un poco contraido; el pulso era pequeño y concentrado, dando de noventa y dos á noventa y seis latidos por minuto; mas no existia sin embargo calor febril.

Se practicaron algunas nuevas aplicaciones de sanguijuelas, y se emplearon las bebidas demulcentes y los tópicos emolientes y detersivos. Durante los primeros dias insistimos en la dieta mas rigorosa, y mas adelante se sujetó al enfermo al régimen lácteo.

Bajo la influencia de estos medios se desprendieron las escaras de la boca y faringe, se cicatrizaron las úlceras, y se restablecieron en gran parte las funciones digestivas: tan satisfecho estaba el enfermo de su estado que pidió salir el 20 de julio, tres semanas despues de su entrada en el hospital.

En esta época no se quejaba sino de una sensacion de incomodidad hácia la parte media é inferior del esófago: era de temer que la violenta inflamacion ulcerativa del estómago tendiese á determinar una estrechez en algun punto del trayecto de este órgano; por tanto recomendamos al enfermo cuidar mucho su estómago, cuya susceptibilidad era todavía muy grande.

Desgraciadamente, como supimos demasiado tarde, este hombre tenia entre otros defectos una glotonería poco comun, y desoyó de consiguiente nuestros consejos.

Sea por lo que quiera tres semanas despues de su salida (14 de agosto) volvió á nuestro hospital. Nos contó que á los tres ó cuatro dias de hallarse en la calle se le reprodujeron los dolores que habia sentido primero en la region del esófago y estómago, volviendo á presentarse las náuseas y los vómitos acompañados de cólicos y astriccion de vientre. Recibió los consejos del doctor M. Gaultier de Claubry que le instó para que volviese á la Caridad.

Entonces habia ya enflaquecido mucho, y su fisonomía estaba profundamente alterada. Los principales síntomas que ofrecia eran náuseas, vómitos, eructos agrios, y una hinchazon considerable de la region epigástrica con constipacion. La lengua se hallaba pálida y bastante húmeda, siendo fétido el aliento; el pulso daba de sesenta y ocho á setenta latidos por minuto, y era casi normal la temperatura de la piel.

El doctor M. Donné, gefe de clínica, prescribió en mi ausencia la aplicacion de quince sanguijuelas y cataplasmas con láudano al epigastrio. No produgeron alivio ninguno, y el abultamiento de vientre, los eructos y la consti-

paredes de esta víscera sino una tela muy delgada, formada solo por el peritóneo, en el que apenas se perciban en ciertos sitios algunos vestigios de las otras membranas. M. Louis ha des-

---

pacion obligaron en seguida á M. Douné á prescribir las píldoras de carbon y magnesia, y dos onzas de aceite de ricino, que fueron vomitadas en el momento en que las tomó el enfermo.

El vientre se puso tenso y se entumeció cada vez mas, ofreciendo la tumefaccion la particularidad de ser mas notable en el hipocondrio izquierdo: en este sitio habia una especie de tumor que separaba las costillas asternales y se dirijia oblicuamente hasta la region umbilical, formando una corvadura cuya convexidad miraba al lado izquierdo (1). La percusion producia un sonido macizo, y era evidente la fluctuacion para todos los que esploraron con nosotros diferentes veces la cavidad abdominal; la presion era dolorosa; las fuerzas disminuian diariamente, y se conservaban casi en el mismo estado los síntomas gástricos. En tales circunstancias no podia ocultarse al menos ejercitado que habia un derrame en el peritóneo y una gastritis crónica. El dolor vivo de que entonces se quejaba el enfermo en la region abdominal nos hizo sospechar la existencia de una peritonitis. El pulso se puso muy frecuente y pequeño, la lengua se secaba con frecuencia, y las facciones estaban contraidas: todo inclinaba á presagiar un éxito funesto.

La raiz de cahinça, las píldoras preparadas con calomelanos á cortas dosis, y el ópio (que se suspendió al poco tiempo), un vegigatorio á la region del epigastrio, y las fricciones mercuriales al abdomen fueron los principales remedios que empleamos para combatir el derrame que con gran sorpresa nuestra desapareció completamente. Cuando el vientre se deprimió observamos que habia un tumor en el hipocondrio izquierdo. Las náuseas, y los vómitos continuaron, é hizo el marasmo rápidos progresos, siendo menos dichoso el arte para ellos, pues no produgeron efecto alguno una nueva aplicacion de quince sanguijuelas, el hielo y las bebidas acídulas.

A pesar de los vómitos pedia siempre el enfermo alimentos sólidos, y para obligarnos á dárselos, decia tener una repugnancia invencible al caldo. No dejaba de tomar á escondidas, y á pesar nuestro, diversos alimentos, y entre otros chocolate: hácia mediados de setiembre en que desapareció completamente el derrame abdominal, habia recobrado algunas fuerzas, y viendo que no le daban de comer cuanto queria, trataba de salirse del hospital, cuando murió de repente el 24 del mismo mes, tres despues de su envenenamiento.

ABERTURA DEL CADAVER.

(Treinta y seis horas despues de la muerte.)

Los doctores Capuron y Gaultier de Claubry asistieron con otros varios á la inspeccion, de la que referiremos los detalles relativos al tubo digestivo.

(1) Hasta abrir el cadáver no se desvaneció la duda que teníamos acerca de la verdadera causa de esta particularidad.

crito ya casos semejantes con su exactitud y destreza acostumbradas.

Las diferentes alteraciones que acabamos de estudiar no se forman con igual frecuencia en todas las épocas de la vida. Nada mas raro, v. g., que observar la induracion escirrosa del tegido celular gástrico antes de los treinta y cinco á cuarenta

---

El estómago presentó un considerable volúmen. Al advertir esta especie de enorme gaita previmos que se hallaria un obstáculo al curso de las materias alimenticias al través del píloro. Este órgano, dilatado de la manera espresada, ocupaba no solo el hipocondrio izquierdo, sino casi todo el lado izquierdo de la cavidad abdominal hasta cerca de la fosa iliaca (1). Tal era evidentemente la causa del tumor que reconocimos durante la vida: con efecto el tumor tenia la forma y direccion de la espresada víscera. Apenas se abrieron las paredes de tan estenso saco salió de su cavidad una especie de *magma* espesa, que tenia mucha semejanza con el chocolate, y exhalaba un olor agrio de los mas penetrantes: podia valuarse en cuatro cuartillos la cantidad de las materias contenidas en el estómago (¡ y este desgraciado la víspera de su muerte queria salir del hospital, porque no le daban bastante comida!) Las paredes del estómago, á pesar de la enorme dilatacion de la víscera, no estaban adelgazadas, sino en una parte de su circunferencia, y con especialidad hácia el fondo. La porcion pilórica de la membrana mucosa ofrecia una rubicundez viva, delicada á un salpicado muy fino, y distribuida con bastante uniformidad. Esta parte contrastaba con la que cubria el fondo, que estaba pardusca, apizarrada y mucho menos inyectada. En el último sitio se halló la membrana mucosa reblandecida y aun completamente destruida en muchos puntos. Inmediatamente al lado del píloro existian los restos de dos úlceras ovales situadas una delante de otra: su fondo era liso, y estaba rodeado de un borde que tendria como un cuarto de línea de grueso, y se continuaba con el mismo fondo; en una y otra úlcera parecia muy adelantada la cicatrizacion. Aun lo estaba mas en otra colocada á cosa de una pulgada de distancia de las precedentes, y que tenia la forma redondeada y una pulgada de diámetro: el fondo de esta, formado por el tegido celular inyectado, estaba circunscrito por un rodete muy prominente. El orificio del píloro formaba una especie de embudo, cuya abertura duodenal apenas tendria una línea de diámetro: casi no podia pasar por él la estremidad de una sonda acanalada comun. Las paredes del estómago presentaron al rededor de este orificio un engrosamiento é induracion que se continuaban por el duodeno hasta una pulgada ó pulgada y media de su estension. El grueso de las paredes del duodeno y del círculo pilórico era de cuatro á cinco líneas. La superficie de la seccion egecutada en las paredes hipertrofiadas era de un blanco gris, mezclado con un color azulado; el tegido de estas paredes ofrecia el aspecto lardáceo, y rechinaba lige-

(1) El diámetro longitudinal de esta víscera tenia un pié lo menos, y el diámetro transversal casi igualaba por el fondo al vertical.

años: bajo este punto de vista nos parece deberse citar la siguiente observacion.

IV.ª OBSERVACION.

Escirro del estómago en un individuo de veinte y dos años. Los primeros síntomas de la enfermedad á la edad de diez y nueve.

Un hombre sintió á la edad de 19 años dolores vivos en el epigastrio. Desde entonces empezaron á desarreglarse sus digestiones, le atormentaban eructos ácidos y una sensacion de peso incòmodo hàcia la region del estómago en cuanto tomaba alimentos: enflaquecia y se debilitaba cada vez mas, sin embargo no vomitaba. A los dos años empezó el enfermo à tener nàuseas frecuentes, y à vomitar de cuando en cuando los alimentos y las bebidas. Los vòmitos, al principio raros, se hicieron cada vez mas frecuentes, verificándose por lo regular tres ò cuatro horas despues de la comida. Cuando entrò el paciente en la Caridad à la edad de 22 años se hallaba en un estado extraordinario de marasmo, vomitaba casi diariamente, y se percibia en el epigàstrio al lado derecho de la apofisis xifoides un tumor bien marcado. El enfermo muriò de una debilitacion gradual al poco tiempo de permanecer en el hospital. Ofreciò todos los síntomas generales y locales de una afeccion orgánica del estòmago en el estado de mayor simplicidad, y la abertura del cadàver justificò el diagnòstico que se habia formado. Se hallaron la porcion pilòrica del estòmago y el mismo piloro degenerados en materia escirrosa con mezcla de materia encefaloidea no reblandecida.

Esta observacion interesante principalmente bajo el punto de vista de la edad del enfermo, ofrece tambien otras circunstancias dignas de fijar nuestra atencion.

Las náuseas y los vómitos no empezaron á presentarse sino

---

ramente al cortarle; en una palabra, reunia todos los caractéres del escirro del estómago, tal como le ha descrito el catedrático M. Andral. En la parte del duodeno que se habia trasformado de esta suerte en materia escirrosa podia aun reconocerse la presencia de la membrana mucosa. El resto del tubo digestivo no presentaba ninguna alteracion notable: únicamente habia disminuido mucho de volúmen, y estaba en realidad atrofiado. En los intestinos gruesos habia cierta cantidad de materias fecales de mediana consistencia.

En el tercio inferior del esófago existian muchas depresiones redondeadas de diámetro de tres ó cuatro líneas, fondo liso, y rodeadas de un borde algo prominente. Tales depresiones nos parecieron ser úlceras cicatrizadas. Por lo demas la membrana mucosa del esófago ofrecia un color blanco pálido ó agrisado.

dos años despues que aparecieron los demas síntomas, como el desarreglo de las digestiones, los eructos ácidos, etc. Los dolores lancinantes en el epigástrio, nulos ó poco intensos en muchos sugetos, fueron siempre muy vivos en nuestro jóven enfermo. ¿Se afectaria mas, y sentiria con mas energía el dolor, por hallarse el sistema nervioso mas desarrollado en él á causa de la edad? Sea como quiera, la falta de vómitos no debe impedir el creer en la existencia de un cáncer en el estómago, pues numerosas observaciones nos han enseñado que el vómito no es un síntoma esencial de esta enfermedad, y que puede sobre todo dejar de presentarse, cuando atacando el cáncer el cuerpo mismo de la entraña, se conservan libres sus dos aberturas.

En mas de una gastritis crónica ofrecen los vasos sanguíneos del estómago alteraciones especiales. Se hallan, por ejemplo, las venas, por debajo de la membrana mucosa reblandecida, de notable volúmen, dilatadas de un modo manifiesto, y como varicosas. De la misma manera se observan tambien en otros muchos sitios donde hay una inflamacion antigua: asi las vemos muchas veces varicosas y gruesas al rededor de las úlceras antiguas de los miembros inferiores, persistiendo todavía en ocasiones esta dilatacion de las venas mucho despues de haber cesado la inflamacion. Tal fenómeno parece con frecuencia en semejantes casos enteramente pasivo, como lo es la dilatacion de las venas de la conjuntiva despues de ciertas oftalmias. Pero tambien puede ser activo, acompañado del engrosamiento de las paredes del vaso, y ocasionado por una verdadera flegmasia, que de la membrana mucosa se propague á los vasos capilares que se distribuyen por ella, y de estos á los troncos venosos gruesos, que devuelven la sangre al torrente circulatorio. Hechos muy interesantes, publicados por el sabio doctor Ribes, prueban que en ciertas flegmasías cutáneas tiene gran influencia la inflamacion de las venas; hemos procurado informarnos si acontecia lo mismo en ciertos casos de inflamaciones de las membranas mucosas, y en particular de la gástrica; y véase lo que en dos circunstancias hemos encontrado: haciendo una incision en varias venas dilatadas y llenas de sangre, que caminaban por la membrana mucosa, roja y blanda en un caso, morena é hipertrofiada en el otro, hemos comprobado la existencia de un engrosamiento notable de sus paredes, que oponian resistencia á la hoja del escalpelo, parecian duras al tacto, y no se deprimian despues de haberlas cortado. Por otra parte sabemos que el engrosamiento de las paredes venosas con ó sin dilatacion de

su cavidad es uno de los caractéres de la flebitis crónica. En otro individuo que tenia en el estómago una estensa úlcera, cuya periferia se hallaba como rodeada de vegetaciones blandas y rojizas, formadas á espensas de la mucosa, se veian serpear en las cercanías de la úlcera varias venillas que estaban situadas en el tegido celular sub-mucoso. Una de ellas era notable por su dureza, recordando su aspecto el que presentan algunas venas pequeñas de los miembros obliteradas por cuajarones antiguos. Efectivamente estaba distendida y obstruida por una masa sólida de color de heces de vino, mezclada con una sustancia mas líquida, y de aspecto purulento. Siguiendo á esta vena hasta lo mas cerca posible de la úlcera, se vió que las venillas que se reunian para formarla, y que nacian de muchas de las vegetaciones precedentemente indicadas, estaban duras como ella, obstruidas por una materia sólida, y parecian pequeñas nudosidades.

Hay ademas otros hechos que sirven para demostrar la parte que algunas veces tienen los vasos en la inflamacion del estómago; tales son los casos en que se hallan en el fondo de una úlcera rotos los vasos, y mas ó menos abiertos. En efecto, ¿cuál puede ser la causa de esta rotura de los vasos? la misma, incontestablemente que ha obrado la destruccion sucesiva de los demas tegidos, ocasionando la produccion de la úlcera. De esta suerte se perforan tambien los vasos, que pasan por la superficie de una caverna pulmonar, ó que se hallan contenidos en las bridas que la atraviesan. Se sabe por otra parte que en estos vasos es mucho mas comun la inflamacion adhesiva que la ulcerativa, de donde resulta ser mas frecuente su obliteracion que su perforacion. ¿Acontecerá lo mismo en las inmediaciones y en el fondo de las úlceras crónicas del estómago? Es un hecho digno de observarse que en los casos en que se han hallado muy dilatados los vasos en el fondo de tales úlceras, no se verificó durante la vida ninguna hematemesis, ni se halló sangre derramada en el estómago.

No siempre permanece estraño el sistema linfático del estómago á las inflamaciones crónicas que invaden este órgano. Deben considerarse en el referido sistema: 1.º los vasos, y 2.º los ganglios, á donde terminan ó de donde nacen estos vasos.

No tomamos en consideracion los casos en que hemos hallado, partiendo de varios puntos de los intestinos ulcerados, diferentes vasos linfáticos llenos de pus, ó de una materia mas consistente que el pus ordinario, friable y como tuberculosa: los vasos linfáticos distendidos de esta suerte, y semejantes á cordones nudosos van al mesenterio, en el que ó bien desa-

parecen insensiblemente, ó pueden continuarse hasta un ganglio. En muchos casos no solo existia distension del vaso por una materia estraña, sino tambien engrosamiento manifiesto de sus paredes, que habian perdido su transparencia habitual. Solo una vez hemos visto en el estómago un estado semejante en los vasos linfáticos: salia de una úlcera situada hácia la parte media de la gran corvadura del estómago uno de los referidos vasos lleno de materia blanquecina, seguia á lo largo de la misma corvadura, y cesaba de percibirse hácia el fondo.

Los gánglios que reciben muchos de los vasos linfáticos del estómago, y que como todos saben se hallan colocados á lo largo de los dos bordes, parecen ser menos susceptibles de ingurgitarse á consecuencia de las gastritis agudas ó crónicas que los ganglios del mesenterio á consecuencia de una enteritis. Sin embargo, en algunos casos de gastritis crónica se hallan notablemente desarrollados, y constituyen tumores considerables, ocasionando tales tumores accidentes y síntomas que se han atribuido al estómago. En efecto, pueden durante la vida apreciarse por el tacto en diversos puntos del epigastrio, y ofrecer las mismas variedades de posicion, forma, volúmen y movilidad que los correspondientes al mismo estómago. Otras veces los gánglios situados á lo largo del borde diafragmático del estómago, y sobre todo detras de esta entraña en la cavidad epiplóica adquieren un volúmen enorme, al mismo tiempo que su tegido esperimenta diferentes especies de alteraciones: entonces pueden hacer cambiar de lugar al estómago, empujarle hácia delante, comprimirle entre ellos y las paredes abdominales, y contribuir tanto á la dificultad de las digestiones como la inflamacion crónica, de que se halla atacada aquella entraña. Otras veces, por último, se encuentra el píloro rodeado, comprimido y verdaderamente obstruido por los gánglios transformados en tumores voluminosos, de lo que se originan vómitos como los que se manifiestan, por ejemplo, cuando hay una induracion considerable del tegido celular sub-mucoso del anillo pilórico y de sus inmediaciones, que se opone al libre paso de las materias del estómago al duodeno.

Entre los elementos anatómicos del estómago, demasiado descuidados hasta el presente en el estudio anatómico de las enfermedades de este órgano, deben colocarse los nervios. No hay duda que de su alteracion resulta mas de una afeccion gástrica, ¿pero es apreciable esta alteracion por las investigaciones del anatómico? Podemos responder, respecto de esto, que muchas veces hemos disecado cuidadosamente los dos neumogástricos desde su orígen hasta sus ramificaciones mas peque-

ñas en las dos caras del estómago, y los numerosos filetes que este recibe del gran simpático, tanto en estómagos sanos como en los que presentan las numerosas alteraciones precedentemente descritas, sin obtener nunca mas que resultados negativos; pues que no hemos hallado diferencia apreciable en el color, volúmen y consistencia de los nervios que se distribuyen por la referida víscera en los casos de las alteraciones mas diversas. No es decir que siempre se hallen exentos tales nervios de alteraciones apreciables, pero como en 53 cadáveres examinados por nosotros en la Caridad con este objeto, no hemos encontrado nada, nos creemos con derecho de concluir: 1.º que son raras semejantes alteraciones, y 2.º que no están necesariamente enlazadas con ninguna de las numerosas lesiones orgánicas que pueden invadir al estómago (1). Sin embargo, la observacion demuestra que aunque las alteraciones de los nervios del estómago no se aprecien ordinariamente por la disseccion, no son menos reales y frecuentes. Por una parte no puede dudarse que se transmiten las numerosas simpatías del estómago á los diferentes órganos por medio de sus nervios tan notables por su distribucion y numerosas conexiones, y por otra que entre las modificaciones de funcion variadas hasta el infinito que puede presentar el estómago, simulando mas ó menos completamente los síntomas de una gastritis aguda ó crónica, muchas dependen solo de una viciosa influencia de los centros nerviosos sobre aquella víscera, de lo que se originan ya los trastornos en la digestion, ya los vómitos, ya los dolores epigástricos, etc.

Cualquiera que sea la forma de la inflamacion crónica del estómago, puede terminar por gangrena, pero con menos frecuencia de lo que se ha dicho. El caso en que la hemos hallado con mas frecuencia es aquel en que existe una úlcera antigua con fungosidades en su circunferencia y fondo: la úlcera misma es atacada de gangrena, y al hacer la autopsia aparece cubierta por un detritus gris ceniciento ó negruzco parecido á una papilla que se separa raspando con el escalpelo, y exhala un olor muy fétido. En los últimos momentos de la vida se postraban de repente las fuerzas en este género de enfermos, y la cara adquiria con rapidez el aspecto cadavérico, sobreviniendo frecuentemente la hematemesis: tal conjunto de sínto-

(1) *Véase* en el *Précis d'Anatomie pathologique* algunos ejemplos de alteraciones de los neumo-gástricos en casos de cánceres del estómago.

mas coincidiría probablemente con la época en que la úlcera del estómago empezase á ser invadida por la gangrena. Esta es tambien la terminacion de algunas úlceras, y de varias degeneraciones del cuello del útero, habiendo entonces una extraordinaria semejanza entre las alteraciones del estómago y de la matriz. Del mismo modo se apodera tambien la gangrena en muchos tísicos de las paredes de las cavernas, que se hallan transformadas en un putrílago negro y fétido.

Mas rara vez se ha encontrado la gangrena en el estómago, cuando no está preliminarmente ulcerado. Sin embargo, hemos visto á veces porciones de la membrana mucosa que cubria varios tumores formados por el tegido celular endurecido, gangrenada y transformada en escaras.

El estómago inflamado de un modo crónico sufre diversas modificaciones en su forma y volúmen, que pueden ser bastante considerables para apreciarse durante la vida al través de las paredes abdominales. Nos ocuparemos en este lugar sobre todo de las de volúmen. Los casos en que la cavidad de un órgano hueco se hace mucho mayor que en el estado normal, son numerosos y variados respecto á las causas que determinan tal aumento de volúmen. Asi es que la dilatacion puede depender de la existencia de un obstáculo en el orificio por donde deben salir naturalmente los líquidos introducidos en la cavidad, hallándose en el mismo caso el corazon, la vegiga de la orina, la de la hiel, etc: entonces las paredes de la cavidad de estos órganos ó conservan su grueso natural, ó se hipertrofian, ó se adelgazan.

Tambien sin que se oponga ningun obstáculo á la libre salida de los fluidos, se ve acontecer semejante dilatacion, ofreciendo por otra parte las paredes de la cavidad una de las tres disposiciones enumeradas en el caso precedente. Semejante estado pueden presentarle todos los órganos huecos: el corazon, la vegiga, las venas, las arterias, los bronquios, etc., y á la manera que estos órganos, puede agrandarse notablemente el estómago, llegando á ser tan considerable que ocupe toda la cavidad abdominal, ya porque exista un obstáculo en el píloro, que es lo mas comun; ya porque las paredes de la region pilórica ofrezcan una considerable induracion del tegido celular con atrofia de la membrana muscular, pero no hallándose al mismo tiempo estrechado el orificio pilórico, sino por el contrario mas dilatado que habitualmente; y ya en fin sin que presenten mas alteracion las paredes del estómago que la inyeccion y reblandecimiento de la mucosa, lo cual es el caso mas raro.

En resúmen, de estos tres casos solo hay uno en que la dilatacion del estómago y el aumento considerable de su cavidad,

coincidan con un obstáculo al tránsito de los alimentos desde el estómago al duodeno, y sin embargo es posible, como diremos mas adelante ocupándonos del segundo caso en que el orificio pilórico está dilatado en vez de disminuido, que la atrofia de la membrana mucosa en esta parte del estómago sea una causa tan poderosa como algunos tumores del píloro para impedir que los alimentos salgan de él.

Las tres observaciones siguientes nos suministran ejemplos notables de dilataciones del estómago que han llegado al mas alto grado.

En la primera un obstáculo en el píloro se opuso al tránsito de las materias del estómago al duodeno; en la segunda el obstáculo se encontró en el duodeno; y en la tercera no existió obstáculo en ningun punto al libre paso de los materiales, y á pesar de esta falta de causas mecánicas sufrió el estómago una enorme dilatacion.

V. OBSERVACION.

Dilatacion considerable del estómago que ocupaba todo el abdomen; induracion de sus paredes en la porcion pilórica, con atrofia de la túnica muscular, y conservacion de la dilatacion habitual del píloro.

Una mujer de 65 años de edad, delgada, y de constitucion empobrecida, empezó á sentir hácia el mes de junio de 1821 los síntomas de una afeccion orgánica del estómago: digestiones difíciles, alternativas de apetito devorador, y de anorexia completa; eructos ácidos, náuseas, vómitos frecuentes muchas horas despues de comer, y dolor epigástrico.

Estos síntomas se agravaron cada vez mas, obligándola á entrar en el hospital de la Caridad en marzo de 1822. Se hallaba entonces reducida al último grado de marasmo, delineándose perfectamente el estómago al través de las paredes abdominales, y siendo fácil ver que ocupaba casi toda la cavidad del vientre. Su borde cólico se apoyaba inmediatamente en el pubis, y el diafragmático ofrecia una curva, cuya concavidad miraba hácia arriba, y que partiendo del epigástrio descendia hasta el ombligo para volver á subir al hipocondrio derecho. La enferma tenia un dolor habitual, que se exasperaba por intervalos en el punto donde debia presumirse que se hallaria el píloro; vomitaba cada cuarenta y ocho horas próximamente una gran cantidad de líquido pardusco, disminuyendo despues de los vómitos el tumor formado por el estómago, pero sin desaparecer nunca. Los vómitos se verificaban sin esfuerzos, casi como una simple regurgitacion. Deseaba la enferma los alimentos con frecuencia, mas apenas habia tomado algunos bocados se hallaba harta, percibiendo en la boca un amargor insoportable. Espelia continuamente por la boca una gran cantidad de gases mas ó menos agrios.

La lengua ofrecia su aspecto natural, la sed era moderada, las cámaras raras, el pulso estaba poco frecuente y muy débil, y la piel árida y sin calor.

A ninguna causa apreciable podia referirse el origen de la enfermedad.

Esta mujer se debilitó rápidamente, y á los quince dias de permanecer

en el hospital se alteraron sus facciones, cesó de latir el pulso, se enfriaron las estremidades, y murió sin agonia; conservando hasta el último momento el uso libre de sus facultades intelectuales.

ABERTURA DEL CADAVER.

Los órganos del cráneo y del torax estaban sanos.

Abiertas las paredes abdominales se vió que el estómago ocupaba casi toda la cavidad del vientre. Descendia primero verticalmente desde el epigastrio hasta cerca de la fosa iliaca izquierda; desde aqui llevaba una direccion oblicua de izquierda á derecha, y de arriba abajo hasta la fosa iliaca derecha; en este intervalo se ocultaba la gran corvadura detrás del pubis, y se apoyaba encima del útero; en seguida subia hácia el hipocondrio derecho, donde se continuaba con el duodeno. El resto del tubo digestivo estaba oculto por el estómago, escepto algunas circunvoluciones de los intestinos delgados, que ocupaban el vacio derecho y la S iliaca del colon. En el estómago habia una enorme cantidad de líquido pardo semejante al vomitado durante la vida. La membrana mucosa estaba blanca y reblandecida en toda su estension, faltando en el espacio de cuatro dedos á las inmediaciones del píloro.

En el sitio donde empezaba la solucion de continuidad de la mucosa formaba esta un rodete blanquecino irregular. El fondo de la úlcera resultante se hallaba formado por el tegido laminoso, que tendria cuatro ó cinco veces su grueso natural, y que dividiéndole con el escalpelo ofrecia una incision de un blanco anacarado, al paso que el color de la superficie libre era gris oscuro. En la misma estension no se encontró ningun vestigio de fibra muscular. Por la abertura del píloro podia hacerse pasar con facilidad el dedo índice. El resto del conducto intestinal estaba muy contraido y sano.

¿Cómo puede esplicarse, en el referido caso, la acumulacion en cierto modo indefinida de alimentos en el estómago y su enorme distension, hallándose por otra parte libre y aun mas dilatado que de costumbre el orificio pilórico? Observado este orificio en el cadáver se halla realmente cerrado, y es necesario vencer cierta resistencia para introducir en él la estremidad del dedo pequeño; si se examina en un animal vivo aparece asimismo cerrado habitualmente, del mismo modo que los esfínteres de la vegiga y del recto; pero en el momento de la digestion, cuando los alimentos quimificados penetran en el duodeno, ocurre un fenómeno notable. Entran las fibras del estómago en un movimiento de contraccion muy manifiesto, que empezando hácia el medio del cuerpo de esta víscera, se prolonga hasta la primer corvadura del duodeno; cuya contraccion cambia el estado del píloro venciendo su resistencia puramente pasiva, de manera que

es á lo menos una de las causas principales, sino la única, que conduce el quimo al duodeno. De aquí se sigue que sino hay fibras carnosas en la porcion pilórica del estómago, dejará de obrar una de las causas mas poderosas de la espulsion de los alimentos, y estos se trasladarán con dificultad al duodeno. Tal es la manera de esplicar el hecho de que tratamos en la suposicion admitida ya, de que la distension enorme que habia sufrido el estómago reconociera por causa la dilatacion que le habia hecho sufrir el acumularse de un modo insólito una gran cantidad de materia alimenticia. ¿Pero es tan poderosa esta causa como se ha dicho? Observemos por una parte que puede acontecer la referida dilatacion, sin que haya causa apreciable que dificulte el paso de los alimentos al duodeno (véase respecto de esto la siguiente observacion) y por otra que muchas veces existen en el píloro obstáculos muy considerables, sin que el estómago se dilate notablemente.

VI.ª OBSERVACION.

Cáncer del duodeno; cicatriz en el estómago. Dilatacion de este último órgano, cuyo borde cólico tocaba casi al pubis.

El 1.° de noviembre de 1832 entró en la Piedad una mujer de 74 años de edad. Hacia mucho tiempo que eran penosas sus digestiones, y vomitaba de cuando en cuando. Permaneció doce dias en el hospital, durante los que no vomitó, conservándose la lengua siempre seca y de una rubicundez brillante y uniforme. Murió despues de haberse debilitado gradualmente.

ABERTURA DEL CADAVER.

El estómago ofrecia un volúmen enorme, y ocupaba casi todo el vientre; no distando su borde convexo sino dos pulgadas del pubis, y hallándose el fondo adherido á las paredes abdominales por medio de bridas celulares antiguas. Contendria como dos cuartillos de un líquido grisiento. La membrana mucosa estaba pálida, y tenia una consistencia regular en toda su estension. Debajo de ella se hacia notable el tegido celular por su escesivo grueso, y la túnica muscular se hallaba engrosada de un modo considerable, resultando no ser puramente pasiva la dilatacion del estómago. Hácia el fondo se encontró un fruncimiento singular de las túnicas; los haces de la membrana muscular se dirigian á un punto blanco y grueso como otros tantos rayos, y por encima estaba tambien como plegada la membrana mucosa. Esta alteracion parecia la cicatriz de una úlcera antigua.

En el duodeno, á dos pulgadas del píloro, existia una vegetacion cancerosa, que formaba un anillo al rededor del intestino, era como un segundo píloro, que solo dejaba un estrecho paso para las materias alimenticias. En la misma masa cancerosa se abria el conducto colidoco considerablemente dilatado.

La membrana mucosa del yeyuno y del ileon presentaba un color apizarrado bastante general.

La terminacion del ileon y los intestinos gruesos estaban ocupados por una materia gris negruzca, parecida à la greda. En la superficie interna del colon habia arrugas rogizas.

El tegido del hígado estaba resistente y muy rojo; el bazo pequeño y denso.

En el riñon izquierdo se encontraron algunos cálculos pequeños y negros alojados en kistes, formados en el seno de la sustancia cortical. A su alrededor habia una sustancia negra, pero mas blanda. En uno de los càlices existian otros dos càlculos pequeños.

En los demas órganos no se encontró nada notable.

VII.ª OBSERVACION.

Dilatacion muy considerable del estómago, cuyo borde cólico llegaba hasta el pubis, sin mas alteracion en las paredes que un ligero reblandecimiento de la mucosa hácia el fondo.

Una señora de 23 años, maestra de niñas, que habia disfrutado siempre de buena salud, abandonó su provincia à consecuencia de un contratiempo, para establecerse con su familia en Paris, donde se entregó à la enseñanza en un colegio. No tardò en alterarse notablemente su salud: disminuyó el apetito, se hicieron penosas las digestiones, y hácia el mes de febrero de 1821, despues de un susto, cuyo resultado fué un sincope prolongado, empezó á vomitar de cuando en cuando ya los alimentos, ya las bebidas. Por lo regular no las arrojaba sino muchas horas despues de haberlas tomado, y à pesar de esta circunstancia, enflaquecia y se debilitaba lentamente.

Se la aplicaron sanguijuelas al epigastrio, y se la administraron sucesivamente la magnesia y diversos anti-espasmódicos. Desde diciembre de 1821 se hicieron mas frecuentes los vòmitos, disminuyeron rápidamente las fuerzas, y se suprimieron las reglas: desde entonces cesò la enferma en sus ocupaciones, hasta que por fin entró en la Caridad el 15 de febrero de 1822, ofreciendo el estado siguiente:

Ultimo grado de marasmo, color pálido, vómitos de alimentos sólidos y líquidos, mas ò menos inmediatamente despues de su introduccion en el estómago; dolor ligero en el epigastrio, que estaba blando y no presentaba como el resto del abdomen ningun tumor sensible; el aspecto de la lengua era natural, la constipacion habitual, el pulso muy débil y ligeramente frecuente, la piel seca y sin aumento de calor, y la respiracion libre.

Hasta principios del mes de marzo no presentó esta enferma ningun sintoma nuevo. Espelia las bebidas demulcentes que se la administraban; de consiguiente menos podia contener los ligeros alimentos que se la daban de cuando en cuando. El dia 12 de marzo se acelerò el pulso y se secò la lengua, y el 14 murió.

ABERTURA DEL CADAVER.

Cráneo.--Habia un poco de serosidad en cada uno de los ventrículos laterales.

Pecho.--Las pleuras costal y pulmonar se hallaban unidas por algunas fibras celulares largas y densas. El corazon no presentò nada de notable.

Abdomen. El estómago muy dilatado cubria la mayor parte de las vísceras abdominales, viéndose tan solo algunas circunvoluciones de los intestinos delgados en uno y otro vacío, el borde cólico llegaba al pubis, siendo el fondo el que habia sufrido la mayor dilatacion. La cavidad del estómago estaba ocupada por un liquido amarillo verdoso, la superficie interna ofrecia un colorido ligeramente rosado y jaspeado en algunos puntos; por la parte del bazo se hallaba mas blanca, y en el mismo sitio, en una estension como la palma de la mano, estaba muy blanda y rozando ligeramente se desprendia una especie de papilla; en el resto era natural la consistencia. En general eran delgadas, y se desgarraban con facilidad las paredes del estómago, siendo notable la túnica mucosa por su tenuidad. Los intestinos delgados, muy contraidos y parecidos à los del perro, estaban casi enteramente colocados en la pequeña pelvis, siendo muy pàlida su superficie interna. En el ciego no se encontró nada de particular. El colon ascendente ocupaba su lugar ordinario. El transverso habia seguido à la gran corvadura del estómago, y se hallaba colocado detras de ella; su superficie interna presentaba en la estension de cosa de cuatro dedos un color rojo violado, que residia en la membrana mucosa algo engrosada. En el colon descendente se notaron tambien algunas chapas rojas de la misma naturaleza, hallàndose muy contraido en toda su estension. La S iliaca del colon y el recto, que no ofrecian alteracion alguna, estaban llenos de materiales bastante duros; por eso no habia diarrea, aunque estuviesen manifiestamente inflamadas muchas porciones de los intestinos gruesos.

Estaba el hígado muy abultado, y se estendia hasta el bazo en el lado izquierdo, empujando al diafragma hasta la quinta costilla, y escediendo un poco por abajo del borde de las costillas falsas. Su tegido se hallaba sano.

Cuando existe un obstáculo al curso de las materias fecales en cualquier punto de los intestinos, se dilatan del mismo modo mas ó menos las porciones del conducto digestivo situadas encima de la estrechez. De esto nos ofrecen ejemplos las dos observaciones siguientes, que creemos deber citar con algunos detalles en razon al interes que presentan bajo otros puntos de vista.

VIII.ª OBSERVACION.

Degeneracion escirrosa doble de las paredes del estómago y del colon. Síntomas de estranguiacion intestinal. Dilatacion considerable de la porcion de los intestinos gruesos situados por encima de la estrechez. Depresion de uno de los hemisferios celebrales por un tumor fibroso.

El 6 de octubre de 1822 entró en la Caridad una mujer de 48 años de edad.

Cosa de un año antes habia empezado à desarreglarse su salud; eran con frecuencia penosas las digestiones, aunque no vomitase; esperimentaba á menudo repugnancia completa hàcia toda especie de alimentos; desde la misma época no movia el vientre sino por medio de lavativas, y habia perdido poco à poco su gordura y sus fuerzas.

Sin embargo, esta mujer, que ganaba su subsistencia asistiendo á varias casas, no suspendió sus ocupaciones habituales; pero el dia 20 de setiembre se puso dolorido el vientre, y empezó á abultarse. Al siguiente sobrevino una astriccion, que no pudieron vencer las lavativas, que arrojaba sin teñirse siquiera, inmediatamente despues de ponérselas.

El abultamiento siempre creciente del abdomen alarmó á la enferma, y la determinó á entrar en el hospital.

La primera vez que la vimos tenia la cara pálida y contraida; se quejaba de dolores en toda la estension del abdomen, siendo mas vivos en el vacio derecho, y exasperándose con la presion; percutiendo el vientre, que estaba notablemente distendido, sonaba como un tambor; en aquella noche sobrevinieron por primera vez vómitos; el aspecto de la lengua era natural; espelia muchos gases por la boca, y ninguno por el ano, haciendo ocho dias que no movia el vientre. La respiracion era corta y acelerada, la palabra anhelosa, el pulso pequeño y frecuente, y no habia aumento de calor en la piel.

El abultamiento del vientre, la falta completa de evacuaciones alvinas, y los vómitos, le pareció á M. Lerminier que indicaban la existencia de una estrangulacion interna, ó cuando menos de un obstáculo al curso de los materiales hácia la terminacion de los intestinos gruesos. (*Se cubrió el abdomen con fomentos emolientes, y se hicieron embrocaciones con aceite de manzanilla alcanforado; se administró una pocion de aceite de almendras dulces y tisana de simiente de lino; se pusieron lavativas con tres onzas de aceite de ricino, y se dieron baños tibios.*)

Durante el dia vomitó la pocion y las tisanas; espelió las lavativas apenas se pusieron, y no movió el vientre. En los tres dias siguientes persistieron los mismos síntomas, se aumentó la timpanitis, y acreció considerablemente la dificultad de respirar. (*Lavativas purgantes con sen y sulfato de sosa.*) En la madrugada del 11 de octubre tenia la cara violada y descompuestas las facciones, amenazaba la sofocacion, las estremidades estaban frias y el pulso filiforme, se conservaba integra la inteligencia y la lengua natural, habiendo esperimentado, durante una gran parte de la noche, vómitos de materias amarillas y ácidas. (*Lavativa de una infusion de dos dracmas de hojas de tabaco, baño templado.*) Este enema no produjo mas evacuacion que los otros; durante el dia se aumentó gradualmente la disnea, y á las cuatro de la tarde, en el momento que bajaba la enferma de la cama para tomar el baño, murió de repente.

ABERTURA DEL CADAVER.

(17 *horas despues de la muerte.*)

La parte media de la cara superior del hemisferio celebral izquierdo presentaba una profunda depresion, á la que correspondia un tumor redondeado del tamaño de una nuez, que ofrecia todos los caracteres de un tegido fibroso accidental, y se habia desarrollado entre la dura madre y la aracnoides. La sustancia celebral, que formaba las paredes de esta especie de cavidad, se hallaba sana, y nada habia notable en el resto del encéfalo.

Torax. Las cavidades derechas del corazon se hallaron distendidas por una sangre negra y semi-líquida; los pulmones ingurgitados y parduscos; la cavi-

dad del pecho muy reducida, y la cara superior del diafragma elevada hasta la altura de la cuarta costilla.

Abdomen. No saliò ningun gas de la cavidad del peritòneo.

Los intestinos gruesos presentaban un enorme volùmen, ocultando casi todo el resto de las visceras, y pudiéndose tomar por los de un caballo. Tan prodigiosa dilatacion se estendia hasta la S del colon, donde se estrechaban repentinamente de un modo notable, no permitiendo apenas que se introdujera el dedo pequeño, y recobrando el calibre ordinario dos pulgadas mas abajo hasta el intestino recto. No tardó en reconocerse que el obstàculo al libre paso del dedo era debido á la presencia de un tumor fungoso, que à manera de un anillo ocupaba toda la circunferencia del intestino. Hallábase formado aquel tumor por la degeneracion celebriforme de la membrana mucosa y tegido celular subyacente, y sus bordes estaban revueltos como los de algunas setas. La porcion inferior del intestino no contenia nada notable, y estaba blanca; en la porcion superior habia una gran cantidad de gases y materiales verdosos y liquidos. En toda la estension de los intestinos gruesos habia una ligera inyeccion.

En los delgados no encontramos otro fenómeno que pudiese estar en relacion con el género de muerte sino la inyeccion sub-mucosa.

Ninguna estrañeza nos causó el hallar en la cara posterior del estòmago, y á distancias casi iguales del cardias y del piloro, otro cancer en todo semejante al del intestino colon. Era algo mayor que un duro, habiéndose conservado sano el resto de la mucosa.

Alrededor del cuerpo del útero habia cinco ó seis cuerpos pequeños redondeados, del volùmen cada uno de una avellana, de consistencia petrosa, y que formaban como otros tantos apéndices del órgano espresado, del cual pendian por medio de una prolongacion celular.

El abultamiento del vientre, y la astriccion mas ó menos pertinaz, no son por cierto fenómenos raros en los que tienen el colon ó el ciego canceroso, y en el individuo que sirve de objeto á la historia precedente existieron por mucho tiempo; pero es, á nuestro parecer, muy poco comun que adquieran de pronto tales accidentes un grado de intensidad tal, que simulen los de una hernia estrangulada. Esto no puede esplicarse sino suponiendo que el tumor hizo por mucho tiempo progresos insensibles, hasta que de repente adquirió un aumento considerable; de esta manera pueden esplicarse perfectamente los fenómenos observados en nuestra enferma. La muerte fué consecuencia del aumento siempre progresivo de la dificultad de respirar, y teniendo presente la corta cantidad de aire, que podian recibir los pulmones en la última época, no es de admirar que un lijero movimiento, acelerando la respiracion, completase la asfixia. No hallándose en relacion la mayor cantidad de sangre, que

en este momento afluyó á los pulmones con el aire que penetraba en ellos, resultó una asfixia de aquella falta de armonía.

La mayor intensidad del dolor que referia la enferma al lado derecho parecia indicar que en él se hallaba el obstáculo ó la presunta estrangulacion. Si hubiera sido posible saber que la lesion estaba tan próxima al recto, se hubiera podido intentar con algunas ventajas la introduccion de una sonda.

Dirijamos al presente nuestra atencion á las demas lesiones que descubrió la inspeccion cadavérica. Desde luego tenemos un ejemplo de cáncer ulcerado del estómago que no anunciaba su existencia sino por una ligera dificultad en las digestiones, y las frecuentes reproducciones de la anorexia, hallándose la naturaleza oculta de este cáncer en relacion con su asiento.

¿En qué consiste que ningun síntoma pronunciado revelaba la existencia de un tumor tan voluminoso como el que se encontró en las meninges, y que habia deprimido tanto el cerebro? Acaso hallaremos la causa de esta falta de síntomas en la lentitud con que se desarrolló, y en la parte de cerebro que comprimia.

El doctor Baillie ha referido (*Medical. Transact.* vol. I.) un caso bastante parecido al precedente respecto de la lesion de los intestinos y de los síntomas que resultaron. Un hombre de treinta años dejó de mover absolutamente el vientre en los cinco meses últimos de su vida, habiendo adquirido la parte un enorme volúmen, y no saliendo ni aun gases por el ano. Se conservó bastante bien el apetito, pero tenia frecuentes vómitos el enfermo, y estaba el pulso habitualmente frecuente. Este sugeto se puso marosmódico y murió. Se hallaron muy distendidos los intestinos delgados y los gruesos hasta la S del colon, llegando á presentar los últimos hasta seis pulgadas de diámetro. No se encontró mas lesion que una estrechez notable en la S del colon, y en su interior una úlcera que ocupaba casi toda la circunferencia, y tenia los bordes prominentes é hinchados. Las demas vísceras estaban sanas.

IX.ª OBSERVACION.

Síntomas de calentura tifoidea con aparicion repentina de los signos de una estrangulacion interna y muerte. Enroscamiento de los intestinos delgados hácia el principio del yeyuno al rededor del mesenterio. Dilatacion notable del duodeno.

Un oficial de botas de 27 años de edad y constitucion fuerte, esperimentó con frecuencia desde su infancia dolores abdominales, teniendo muchas veces diarreas y vómitos biliosos.

El 29 de junio de 1822 se enfrió de repente, despues de haber corrido,

y fué acometido por la tarde de una abundante diarrea que continuó los dias siguientes. El 6 de julio sintió un aumento de calor no acostumbrado, y tuvo sudor por la tarde, persistiendo estos síntomas y la diarrea hasta el 9 de julio, que entró en la Caridad presentando el siguiente estado.

Tenia el aspecto de estupor, dolor supra-orbitario, cara pàlida, pesadez en los párpados; la lengua estaba cubierta de una capa blanquecina y gruesa; sentia sed, anorexia y mal sabor de boca; hizo en las últimas veinte y cuatro horas diez cámaras semejantes à agua teñida de amarillo, el vientre estaba blando é indolente, el pulso tenia una mediana frecuencia, y la piel se hallaba fresca (*Tisana de cebada con jarabe de ácido tartàrico, lavativas de cocimiento de linaza*).

En los tres dias siguientes hizo progresos la postracion, y el pulso, que apenas se hallaba frecuente por la mañana y durante el dia, se aceleraba por las tardes, elevàndose al mismo tiempo la temperatura de la piel. La diarrea no se aumentò ni disminuyò (*la misma prescripcion*).

El dia 13 se secó la lengua, se aumentó la frecuencia del pulso, y aparecieron en la parte anterior del pecho manchas numerosas de un color rosa pálido del tamaño de una lenteja, y que formaban una ligera eminencia, respecto de la superficie de la piel, sensible únicamente al tacto.

El 14 se propagaron las manchas al abdomen, disminuyendo considerablemente la diarrea (tres càmaras). La apirexia era casi completa, pero la lengua conservaba su sequedad, y los dientes empezaron à ponerse fuliginosos; la postracion llegò al mas alto grado y el rostro adquirió el colorido térreo que acompaña y caracteriza al estado adinàmico (*Vejigatorios á las piernas*).

El 15 y 16 el mismo estado (*tisanas demulcentes y lavativas emolientes*).

El 17 por la noche delirio. Los vejigatorios de las piernas estaban secos. (*Se aplicó otro á un muslo*).

El dia 18 hubo tambien delirio por la tarde. En la mañana del 19 hallamos al enfermo mejor que los dias precedentes: se habia humedecido la lengua, y presentaba buen color, solo habia movido dos veces el vientre en las últimas veinte y cuatro horas, conservaba el paciente despejada la inteligencia, y parecia haber recobrado algunas fuerzas, la temperatura de la piel era natural, y el pulso solo latia setenta y cinco veces en cada minuto.

Apenas acabàbamos de dejar al enfermo en estado tan satisfactorio fuè acometido repentinamente de un dolor vivo que le hizo prorrumpir en gritos, cuyo asiento referia principalmente à las inmediaciones del ombligo, y que no se exasperaba ni calmaba por la presion. Una hora despues de aparecer el dolor volvimos à verle: sus facciones habian sufrido una notable alteracion, y espresaban la mas viva ansiedad, à pesar de lo cual no se aceleraba el pulso. Media hora despues à cosa de las diez de la mañana persistia aun el dolor, y el enfermo vomitò como dos cuartillos de bilis porràcea, con lo que se aliviò instantàneamente. Al medio dia volviò à reproducirse con gran violencia el dolor, y à las cuatro se verificò otro vòmito semejante al primero respecto à la cantidad y naturaleza del liquido, y en su consecuencia desapareciò tambien el dolor. Por la tarde hallamos al enfermo tranquilo, sin dolores, y sin calentura, habiendo hecho tres deposiciones desde la mañana. Por la noche tuvo algo de delirio.

En la mañana del 20 no padecia, pero se hallaba muy desanimado. Llegaba el estupor al mas alto grado, iban desapareciendo las manchas que esta-

ban pálidas, eran menos numerosas, y no sobresalian de la piel. La lengua estaba roja en su punta y pegajosa, el pulso conservaba su lentitud y la piel su frescura. (*Infusion de quina con jarabe de ácido tartárico. Pocion gomosa con media onza de estracto de quina, una taza de vino. Fomentos aromáticos al vientre. Lavativas de cocimiento de linaza. Agua de arroz para bebida*).

A las dos de la tarde volvió à aparecer el dolor abdominal, y á las seis el vómito de una gran cantidad de bilis verde, al que siguió el alivio. A las ocho se reprodujo el dolor pero con menos intensidad: la piel estaba madorosa y fria y el pulso pequeño, habiéndose hecho mas frecuente. A las nueve de la noche, sin elevarse la temperatura de la piel, se quejaba el enfermo de un calor general insoportable, y se destapaba; desde por la mañana no habia movido el vientre sino una vez despues de la lavativa: por la noche no deliró.

El 21 à las siete de la mañana se hallaba el abdomen generalmente dolorido à la presion, sobre todo un poco por encima del ombligo; el pulso muy pequeño apenas daba sesenta latidos por minuto, y no se percibian sino algunas manchas pàlidas esparcidas por el abdomen. De repente se presentó un dolor muy vivo, que solo duró algunos minutos. A las ocho se exasperó de nuevo el dolor, y cesò, ò à lo menos disminuyò, en consecuencia de un vòmito abundante de bilis verde, con el cual fué espelida en una ocasion mas de una azumbre. Se suspendió la quina (*Suero tamarindado, tisana de cebada, lavativas emolientes, fomentos aromáticos, dos vejigatorios á las piernas*).

En el mismo dia se reprodugeron muchas veces el dolor y los vòmitos.

Por la noche deliró el enfermo. En la mañana del 22 se habia estinguido la voz, era estremada la postracion, la cara estaba pàlida y cadavérica, la lengua húmeda se hallaba teñida por la bilis, y el vientre no estaba tenso. Le palpamos sin ocasionar al principio ninguna sensacion penosa, pero apenas comprimimos algo se manifestò un dolor vivo. La nariz, las manos y los pies estaban frios. Tuvo durante el dia muchos vòmitos, é hizo solo dos deposiciones. (*Vejigatorio al epigastrio, agua de Seltz, pocion anti-emética de Riberio*).

El 23 estaba fria toda la superficie de la piel, y hubo vómitos.

El 24 estaba el pulso filiforme, y apenas se sentia. El frio de la muerte ocupaba ya la piel, y sin embargo el enfermo disfrutaba de la integridad de su inteligencia, conservando bastantes fuerzas para levantarse y apoyarse sobre el codo. El dia anterior se habia levantado para mover el vientre, y hacia doce à quince horas que no le molestaban los dolores abdominales. La noche anterior habia tenido hipo. Muriò al anochecer.

ABERTURA DEL CADAVER.

(*48 horas despues de la muerte.*)

No estaban rigidos los mùsculos, y la piel se hallò apenas mas fria que durante las últimas veinte y cuatro horas de la vida.

Se encontraron sanos el celebro y sus cubiertas, existiendo un poco de serosidad trasparente en la parte inferior de los ventrículos laterales.

Nada de notable ofrecieron el corazon y los pulmones.

Abdomen. El borde convexo del estómago que estaba distendido por una

gran cantidad de bilis verde llegaba hasta el ombligo; la membrana mucosa de un gris apizarrado en la porcion esplénica y rosado en la pilórica, ofrecia en todos los puntos bastante reblandecimiento; ¿pero no se hallaba sometida á una especie de maceracion por el abundante liquido que estaba en contacto con ella hacia mas de cuarenta horas? (1).

Habia adquirido tal capacidad el duodeno en sus tres porciones, que podia contener el puño. Arrollado repetidas veces sobre si mismo el yeyuno en su origen, estaba abrazado por el mesenterio que le comprimia como una cuerda, apretando él á su vez al mismo mesenterio, el cual se encontró tambien enroscado muchas veces sobre si mismo de derecha á izquierda. Se hizo cesar la mútua estrangulacion de esta membrana y de las circunvoluciones de los intestinos, deshaciendo tres vueltas de izquierda á derecha. La arteria y venas mesentéricas superiores parecian un cordon tirante, del que estuviesen como suspendidas las partes estranguladas, y mas inferiormente se hallaban los referidos vasos comprendidos en la estrangulacion, presentando el resto de los intestinos delgados, nutrido por ellos, un color moreno muy subido, resultado de la detencion mecánica de la sangre venosa en sus paredes. Por lo demas conservaban estas su consistencia ordinaria, hallándose blancas las de los intestinos gruesos.

Debajo de las paredes estranguladas existia un tumor del tamaño de un huevo de avestruz próximamente, de color rojo oscuro, y formado por el tegido celular sub-peritoneal, y los gánglios linfáticos considerablemente ingurgitados.

La mucosa de los intestinos delgados de un hermoso negro azabache ofreció una infinidad de granulaciones miliares, las que se hallaron tambien, aunque en menor número, en la mucosa de los intestinos gruesos.

El hígado, del tamaño regular, se desgarraba con facilidad, y en la vegiga de la hiel habia una pequeña cantidad de bilis amarilla.

Nada notable presentaron las demas visceras.

Cuando el enfermo, que sirve de objeto á la precedente historia, entró en la Caridad, no presentaba mas que los síntomas comunes de una calentura contínua; pero al paso que la postracion, el estupor, la sequedad de la lengua, el delirio, que se reproducia todas las noches, y la erupcion tifoidea, anunciaban una enfermedad grave, se conservaba la circulacion en su estado natural, pues solo dos ó tres veces hallamos el pulso un poco fre-

---

(1) Los interesantes esperimentos del doctor Carswel acerca de las causas esclusivamente físicas de cierto número de reblandecimientos del estómago, dan gran peso á este modo de ver, por lo cual nos ha parecido que debiamos dejar esta frase como la imprimimos en 1822. (*Nouveau Journal de Medecine*, tomo XV.)

cuente, y algo aumentado el calor de la piel. Los antiguos notaron esta rareza del pulso en las calenturas malignas, y le consideraron como de fatal agüero (1).

Sin embargo, desaparecieron los síntomas graves, y casi podia formarse un pronóstico favorable, cuando se manifestaron los síntomas de una estrangulacion de los intestinos. Hemos notado cuidadosamente en el curso de la historia las singulares intermitencias del dolor abdominal, y su disminucion á consecuencia de cada vómito. Hemos observado el frio casi cadavérico de toda la piel mas de veinte y cuatro horas antes de la muerte, en una época en que el enfermo conservaba bastantes fuerzas para levantarse y dejar la cama.

El conservarse flojo el vientre y el carácter del dolor que no se aumentaba por la presion, diferenciaban los síntomas de esta afeccion de los de una peritonitis.

No ensayaremos esplicar como han podido formarse los nudos estraños y casi inestricables de los intestinos delgados al rededor del mesenterio, de que resultaba su mútua compresion, pues apenas puede darse una razon algo satisfactoria de las simples invaginaciones intestinales; pero preguntaremos si el enfermo tenia una predisposicion congénita á la estrangulacion, de que murió. Tal vez de esto procedian los frecuentes dolores abdominales y los vómitos á que estaba sujeto desde la infancia. ¿No sería debido el enorme volúmen del duodeno á la presencia de un obstáculo imperfecto al curso de las materias que existiese hacia mucho tiempo? ¿Hubiera podido este intestino adquirir de otra manera en pocos dias dimensiones tan considerables? Esto nos parece tanto menos probable, cuanto que no habian desaparecido sus válvulas. La bilis se depositaba en él como en un estenso depósito, de donde pasaba al estómago, siendo en seguida espelida mediante el vómito.

---

(1) Véase el tomo precedente.

ARTICULO II.

SÍNTOMAS DE LA GASTRITIS CRONICA.

Estos síntomas son de tres especies: unos puramente locales, que consisten en el trastorno mas ó menos profundo de las lesiones del estómago; otros que resultan de la alteracion del movimiento nutritivo general, siendo la referida alteracion una consecuencia precisa de la enfermedad gástrica; y otros, finalmente, puramente simpáticos.

En este lugar se nos presenta una importante cuestion, á saber: ¿Cada una de las lesiones infinitamente variadas que hemos descrito en los dos párrafos precedentes se anuncia con síntomas especiales? No tememos responder negativamente. A escepcion de algunos accidentes, que son resultado puramente mecánico de la obliteracion del cardias ó del píloro por un tumor, los mismos fenómenos revelan por lo regular durante la vida las alteraciones orgánicas de la forma y estructura mas variada.

Es, por ejemplo, un grande error creer que los dolores llamados lancinantes acompañan con especialidad á la lesion designada con el nombre de cáncer del estómago; nosotros, por el contrario, juzgamos poder deducir de un gran número de observaciones, que tales dolores son rara vez el producto de semejante enfermedad. Así, pues, hemos hecho resaltar como circunstancia notable la existencia de los dolores en el enfermo, que sirve de objeto á la observacion IV.ª Nos parece probable que los autores que han presentado tales dolores como un signo característico del cáncer del estómago, los han admitido solo por analogía de lo que observaban en los cánceres mamarios. Entre los individuos en quienes hemos comprobado despues de la muerte la existencia de las diferentes formas del cáncer gástrico, sea la induracion escirrosa ó encefaloidea de los tegidos subyacentes á la mucosa, sean las vegetaciones fungosas ó cerebriformes de esta membrana, ó bien las úlceras con destruccion profunda de los tegidos, hallándose formado su fondo por el hígado ó el páncreas; unos nunca se han quejado de dolor en el epigastrio, y en otros existía solo una sensacion de incomodidad y peso habitual en la referida region; siendo por lo demas dolorosa unas veces la presion, al paso que otras

podia comprimirse impunemente el epigastrio, y habiendo tambien muchos enfermos en quienes se presentaba el dolor solo cuando introducian los alimentos en el estómago.

Si al presente comparamos los enfermos atacados de las afecciones llamadas cancerosas del estómago con los que no tienen sino lo que generalmente se reconoce tan solo por una gastritis crónica, no hallaremos en los caractéres é intensidad del dolor ningun signo que nos sirva para distinguir de un modo cierto esta afeccion de la primera.

¿Buscaremos signos diferenciales mas seguros en los trastornos variados de la digestion? Tampoco obtendremos un resultado mas satisfactorio. Refiriéndonos desde luego á los casos mas estremos, hemos visto sugetos que durante la vida no habian tenido mas signo de afeccion del estómago que un poco de dificultad ó de embarazo en el epigastrio despues de haber comido, y en los que hemos hallado grandes úlceras de las llamadas cancerosas en el interior del estómago, ó bien una estensa induracion escirrosa de sus paredes; habiendo observado por el contrario ya el simple engrosamiento rojo, moreno ó apizarrado de la mucosa, ya el reblandecimiento mas ó menos considerable de la misma membrana, acompañados de una sensacion mucho mas penosa en el epigastrio despues de la comida, y de vómitos, ora de aguas acres por la mañana y en diferentes épocas del dia, ora de los alimentos, y de eructos ácidos.

¿Podrá dar alguna luz la naturaleza de los vómitos? Se ha dicho que la hematemesis depende esclusivamente de la existencia de vegetaciones fungosas, de úlceras cancerosas, y de las masas encefaloideas reblandecidas desarrolladas en el interior del estómago. Se ha asegurado que las mismas lesiones producen tambien los vómitos parecidos al hollin, ó á los posos del café, que se observan con tanta frecuencia y abundancia en los que se hallan atacados de una afeccion crónica del estómago. (Véase lo que hemos dicho de la naturaleza de las materias que constituyen estos vómitos notables.) No hay duda que son muy frecuentes cuando en el estómago existe una de las lesiones que acabamos de indicar; pero pueden manifestarse con otras muy distintas, no teniendo de consiguiente valor para caracterizar ninguna. Efectivamente, hemos comprobado su existencia: 1.º en enfermos cuyo estómago no presentó mas alteracion que un poco de inyeccion ó reblandecimiento de la mucosa con induracion escirrosa mas ó menos considerable de los tegidos subyacentes, y 2.º en otros cuya membrana mucosa gástrica se hallaba hipertrofiada con coloracion gris ó morena, estando intactos los tegidos subyacentes.

En cuanto á los síntomas generales, ya simpáticos, ya consecutivos al trastorno ó falta completa de la quimificacion, no nos parecen mas á propósito que los síntomas locales para distinguir entre sí con certidumbre las diversas alteraciones orgánicas del estómago. Sin embargo, es necesario reconocer que el color pajizo de la cara, y el estremado enflaquecimiento son mas pronunciados cuando el estómago es asiento de una afeccion escirrosa ó cancerosa propiamente dicha.

De estas consideraciones se sigue que escepto los casos en que se percibe un tumor al través de las paredes abdominales, no hay ningun signo cierto para distinguir lo que en el lenguaje médico ordinario se llama un cáncer del estómago de una gastritis crónica.

Así, pues, tienden sin cesar á confundirse tanto por sus síntomas como por sus caracteres anatómicos las diferentes formas de gastritis crónica.

Sentado esto, detengámonos en algunos síntomas de los que acompañan la inflamacion crónica del estómago, y que anuncian con mas ó menos seguridad su existencia.

En esta enfermedad no presenta siempre la lengua el mismo aspecto. Hay muchos casos en que no se aparta absolutamente del estado normal, siendo notable que suceda esto precisamente en los que tienen las alteraciones mas graves del estómago.

En efecto, hemos tenido ocasion de observar esta persistencia del estado normal de la lengua, y aun muchas veces una considerable palidez en los casos de degeneracion cancerosa.

Esceptuando este caso es muy raro que la lengua no se modifique mas ó menos en la gastritis crónica.

Tambien es raro que ofrezca en toda su estension la viva rubicundez con el aspecto liso de la superficie que hemos visto anteriormente coincidir con la gastritis aguda. Sin embargo, no dejan de observarse algunos individuos que por muchos meses continuados han presentado el referido aspecto de la lengua acompañado de los demas signos que caracterizan la gastritis crónica. Pero este solo aspecto de la lengua no debe bastar para hacernos admitir su existencia, pues de cuando en cuando se hallan sugetos que, sin esperimentar ningun desórden en las funciones digestivas, presentan como los precedentes la lengua roja y lisa, acostumbrando tener al mismo tiempo en la superficie superior de este órgano una viva sensibilidad. Al principio esperimentan dolor en la lengua; en seguida se desprende el epitelium que la cubre, y adquiere el órgano un aspecto rojo y liso que conserva por mucho tiempo; pero todo se re

duce á una glositis superficial, que puede existir sin ninguna complicacion de gastritis. La estremada sensibilidad de que acabamos de hablar no se observa cuando la rubicundez de la lengua está enlazada con una irritacion del estómago.

En los sugetos atacados de gastritis crónica es muy comun que la lengua se halle cubierta de una capa gruesa, ora blanca, ora amarilla, y que ó ya se limita á su centro, ó ya ocupa toda su superficie. A veces no se observa mas que esta capa, y en tal caso es semejante el aspecto de la lengua al que presenta cuando la afeccion del estómago no es gastritis, y cede á los medios que hubieran exasperado infaliblemente á esta en caso de existir. Pero con mas frecuencia cuando hay verdaderamente gastritis, no es uniforme la capa que cubre la lengua, se halla como manchada por un gran número de puntos rojos que indican cual es el estado de la membrana mucosa debajo de la referida capa, y que son mas numerosos y pronunciados hácia la punta del órgano.

En otros individuos que están igualmente afectos de gastritis crónica, no se halla al pronto en la cara superior de la lengua nada insólito, si se hace un exámen poco detenido; pero mirando mas de cerca se vé que hácia la punta está como erizada de un gran número de pequeñas granulaciones rojas, que parecen ser otras tantas papilas mas desarrolladas é inyectadas que en el estado normal. Tales granulaciones no siempre permanecen en el mismo estado: hay épocas en que son muy prominentes, rojas y numerosas, y otras en que son menos aparentes y mas pálidas y raras. Su desarrollo siempre se halla en razon directa de la intensidad de la irritacion gástrica. Entre los individuos que ofrecen tal estado particular de la lengua, los unos tienen un estómago habitualmente enfermo, y los otros mas bien lo que se llama un estómago delicado y susceptible: se hallan obligados á sujetarse á un régimen, y no pueden cometer sin inconveniente el menor esceso en los alimentos ó en la bebida. Semejante estado de la lengua nos ha parecido mas frecuente en las irritaciones gástricas de los jóvenes que en las de las personas adelantadas en edad. Sobre todo se observa en las muchachas de color pálido, de constitucion débil, y que sufren habitualmente del estómago; su existencia debe obligarnos á no tratar como puramente nerviosos los accidentes que esperimentan en los órganos de la digestion. Hemos conocido muchas familias en las que todos los niños presentaban en la punta de la lengua este desarrollo no acostumbrado de las papilas: en todos habia al mismo tiempo otros signos de irritacion gástrica. En una de las referidas familias la madre y las cuatro hi-

jas presentaban dicho aspecto particular de la lengua, y todas cinco tenian un estómago muy delicado.

Casi solo en la gastritis aguda se seca la lengua de un modo notable; sin embargo en algunas gastritis crónicas no tiene su humedad normal; está como pegajosa, y aun en los casos en que se encuentra húmeda durante el dia, no es raro hallarla seca al despertarse los enfermos, lo que espresan diciendo que tienen la lengua como un rallo: tal estado es en unos habitual, y en otros se manifiesta solo cuando la irritacion gástrica se exaspera. Hay épocas en que la gastritis crónica se hace repentinamente mas aguda, y entonces adquiere la lengua un colorido mas rojo, ó se cubre de una gruesa capa blanca sembrada de un gran número de puntos rojos. Finalmente, á veces, y con especialidad cuando acontece el incremento de la irritacion en una época en que se halla debilitada profundamente toda la economía á causa de los progresos lentos de la afeccion crónica, sobreviene una difteritis que ocupa la lengua y todo el interior de la boca. Aun cuando en el mayor número de casos tal complicacion es el presagio de un término inmediatamente funesto, hemos visto sin embargo algunos en quienes se desembaraza poco á poco la lengua y la boca de la capa pultácea que las cubre, haciéndose la irritacion gástrica menos aguda, y recobrando su curso primitivo.

Los lazos simpáticos que unen la boca al estómago, se manifiestan tambien á veces con otros fenómenos. Así es que en un gran número de personas que padecen habitualmente del estómago, se anuncia siempre cada exasperacion de la irritacion gástrica por medio de una erupcion de aftas. En otros se ponen doloridas las glándulas salibales, se entumecen, y se establece un copioso tialismo. Rara vez es permanente este accidente, no presentándose por lo regular sino de un modo intermitente cuando la irritacion gástrica se hace mas intensa.

Las sensaciones de la sed y del hambre presentan numerosas modificaciones en la gastritis crónica.

Muchas veces es nula la sed. En un gran número de individuos solo es viva por intervalos cuando la inflamacion del estómago pasa á un estado mas agudo. Otros por el contrario se hallan habitualmente atormentados por una sed que los obliga á beber muchas veces entre las comidas. Esta sed habitual se halla por lo regular unida á un grado bastante intenso de irritacion gástrica. Conocemos una señora que actualmente tiene 44 años, y padece hace mas de veinte una irritacion crónica del estómago, sin que haya pasado un solo dia en tan largo espacio de tiempo que nó haya sufrido una sed, que

es para ella el accidente mas penoso de su enfermedad.

Tan intensa es en algunos esta sensacion de sed, que toman cada dia una cantidad prodigiosa de líquidos. Tal polidipsia produce un flujo abundante de orina, una diabetes enteramente secundaria, y que se cura haciendo desaparecer el estado morboso del estómago, que es su verdadera causa.

El apetito se conserva en muchos casos de gastritis crónica, y los enfermos necesitan emplear toda la energía de su voluntad, para resistir al vivo instinto que los inclina á continuar comiendo cuando han empezado á hacerlo. Tal instinto, como otros muchos, es eminentemente engañoso, probando la esperiencia cuán perjudicial es satisfacerle.

Otros enfermos esperimentan como los precedentes una sensacion que confunden con el hambre: segun la espresion empleada por muchos de ellos *sienten necesidad*. Empiezan á comer con una verdadera avidez; pero apenas han tomado algunos alimentos se ven obligados á suspender la comida: esperimentan disgusto, y muchos dicen que aun cuando *tienen todavía necesidad*, sienten tal plenitud en su estómago, que no pueden tragar. A otros les parece que el alimento que pretenden introducir en el estómago, se detiene en las fáuces y los ahoga. De este modo se esplica por diversas sensaciones la especie de lucha establecida entre el instinto de conservacion, que obliga al hombre á reparar sus pérdidas por la asimilacion de nuevos materiales nutritivos, y el estómago que rehusa admitir aquellos alimentos que no podria digerir. En semejantes circunstancias muchos enfermos prefieren los alimentos estimulantes y las especias de todas clases, por cuyo medio algunas veces recibe mejor el estómago los alimentos, y se persuaden ser este un instinto al que puede convenirles obedecer; pero siempre pagan caro semejantes ensayos, á menos que la enfermedad no se halle completamente en su declinacion.

En otros casos de gastritis crónica se espresa la necesidad de reparacion por medio de un apetito tan violento, que sino se satisface inmediatamente se desmayan los enfermos. Tal accidente puede reproducirse muchas veces al dia, y para calmarle basta por lo regular que tomen una pequeña cantidad de alimento. No es pues una verdadera hambre, y en el mayor número de casos se cambia esta imperiosa necesidad de introducir algun alimento en el estómago en una repentina inapetencia.

Hay individuos atacados de gastritis crónica, en quienes se espresa la necesidad de reparacion mediante simpatías singulares. En los unos se observa una cefalalgia, que cesa tan pronto

como se introducen en el estómago algunos ligeros alimentos. Otros son acometidos de disnea, ó bien tienen una tos seca que se apacigua en cuanto comen. Entre otras personas hemos conocido una en quien se reproducia la mencionada tos periódicamente un poco antes de cada comida.

Siempre que la gastritis crónica se exaspera y tiende á pasar al estado agudo, se pierde del todo el apetito en caso de existir; y si se hallaba reemplazado por uno de los fenómenos, de que acabamos de hablar, cesan estos tambien, y tan solo se observa una repugnancia absoluta hácia toda especie de alimento.

La inflamacion crónica del estómago no va necesariamente acompañada de dolor en el órgano afecto. Puede este síntoma faltar completamente hasta en los casos mas graves, en aquellos en que se hallan atacadas las paredes del estómago de degeneracion cancerosa con ulceracion de su superficie interna. Hemos visto muchos casos de este género, en los que se habia conservado el epigastrio del todo indolente; y hemos observado otros por el contrario, en los que no presentando el cadáver sino una lesion muy ligera, fué asiento sin embargo el epigastrio de dolores muy vivos, ya contínuos, ya intermitentes. La estrema agudeza de estos dolores nos ha parecido ser con mas frecuencia el producto de una neuralgia del estómago que de una verdadera flegmasia.

La naturaleza del dolor dependiente de la gastritis crónica, no es siempre la misma. Muy vivo á veces, y no presentándose sino por intervalos se espresa por una especie de sentimiento de constriccion hácia el epigastrio que hace se le designe con el nombre de *calambres del estómago*. Hemos visto casos en los que se presentaba este dolor particular por intervalos mas ó menos largos en individuos atacados de una gastritis crónica de las mejor caracterizadas. Otros hemos visto en quienes cuando faltaba el dolor no existia ningun signo de afeccion del estómago: entonces podia considerarse como puramente nervioso. Sin embargo debemos añadir que hemos observado individuos que despues de haber padecido por mucho tiempo calambres del estómago, sin complicacion de ningun otro accidente gástrico, han presentado despues todos los síntomas de una inflamacion crónica del ventrículo. ¿Será este uno de los casos, en que una simple neuralgia es orígen del estado inflamatorio?

Otros enfermos tan solo esperimentan una sensacion de peso en el epigastrio, ó bien una especie de inflamacion que sobreviene principalmente despues de las comidas. Muchos se quejan de sentir como una especie de barra que se estiende

transversalmente sobre el epigastrio y los dos hipocondrios, y algunos perciben hácia el epigastrio latidos muy incómodos.

Es muy variable el asiento del dolor: ya ocupa toda la region del estómago, y los enfermos le sienten hasta el nivel del ombligo; ya se limita á un punto mas circunscrito, ora al rededor del píloro, ora hácia el fondo, ora en el cardias. En este último caso los enfermos perciben como un dolor fijo hácia el apéndice xifoides: uno de estos nos dijo un dia que sentia continuamente como si penetrase en dicho punto una barrena. Otros refieren el padecimiento encima del apéndice xifoides, al espacio ocupado por la última pieza del esternon, no siendo este sin embargo el verdadero asiento de la enfermedad. ¿Se percibirá en semejantes circunstancias el padecimiento del estómago en el plexo nervioso que rodea la estremidad interior del esófago? Tambien puede propagarse el dolor á todo lo largo del mismo esófago, y los enfermos suelen esplicar muy bien su trayecto: entonces esperimentan con mucha frecuencia como un calor quemante que se estiende á todo lo largo del referido conducto. Finalmente, algunas veces se siente el dolor hácia la parte media del dorso.

En un caso en que el dolor habia sido uno de los fenòmenos predominantes de la enfermedad, hallamos hàcia el pancreas una alteracion que podia considerarse como su causa principal. Era la enferma una mujer de 60 años de edad, que entró en el hospital de la Piedad, quejándose de un dolor muy vivo hàcia la region dorsal, que no la permitia ningun descanso. Esta mujer tenia ademas todos los síntomas que caracterizan una gastritis crònica. Algun tiempo despues de su admision en el hospital apareció otro dolor, que teniendo su principal foco hàcia la region precordial, se irradiaba à todo el lado izquierdo del torax; la percusion produjo un sonido macizo en la region del corazon, sonido que tenia una estension mayor de la habitual, pues llegaba hasta la parte interior del esternon. Nada de particular ofreciò la auscultacion; el pulso, que era frecuente, conservó su regularidad, y la respiracion no se dificultò de un modo notable. De esta suerte se pasaron 15 dias: en seguida desapareció el dolor precordial, y disminuyò el del dorso; mas entonces sobrevinieron accidentes de otra naturaleza: la enferma se debilitó ràpidamente, se secó la lengua, y se cubrieron este òrgano y los carrillos de una capa cremosa, no tardando la muerte en terminar tan larga serie de padecimientos.

Véase lo que hallamos al abrir el cadàver: la cavidad del pericardio estaba llena de un liquido semejante à la sangre recien sacada de una vena en cantidad de una libra, y toda la superficie interna de este saco fibro-seroso aparecia cubierta de membranas falsas gruesas, y sobrepuestas unas á otras. Asi se esplica el dolor que se irradiaba desde la region precordial à todo el lado izquierdo del torax con sonido macizo en la parte inferior del esternon. La membrana mucosa del estómago estaba reblandecida en la mayor parte de su estension, y muy inyectada en muchos puntos, lo que esplica los síntomas de gastritis. ¿Pero esta lesion del estómago puede dar razon del dolor dorsal que por mu-

cho tiempo fué el síntoma predominante? Nos parece, cuando menos, dudoso, y creemos que tal dolor pudo mas bien reconocer por causa la siguiente alteracion, notable por su rareza. En el sitio que generalmente ocupa el pancreas existia un tumor de naturaleza cancerosa (mezcla de los tegidos escirroso y encefaloideo) que se apoyaba por la parte posterior en la aorta y la columna vertebral. Se hallaba este tumor como abrazado por el duodeno, que le circunscribia entre sus tres corvaduras; y en varios puntos de su interior se percibian algunos restos del tegido del pancreas. Entre el hígado y el diafragma, un poco á la derecha del epigastrio, habia otro tumor de la misma naturaleza del tamaño de un huevo de gallina. Este se adheria intimamente al hígado, pero no dependia de él. En ningun otro punto se halló lesion.

Sin duda es muy notable que en un individuo atacado de gastritis crónica no sufriera el estómago la degeneracion cancerosa, hallándose demostrada la predisposicion á ella por la existencia de los dos tumores que acabamos de describir. Tambien es digno de notarse que siendo asi que en la mayor parte de los casos en que se ha hallado el pancreas canceroso, existian al mismo tiempo cánceres en otros órganos, no los hubiera aquí en ninguno. Pero volvamos á nuestro objeto.

Cualquiera que sea el asiento y la naturaleza del dolor epigástrico, varía en los diferentes sugetos con relacion á las circunstancias que le exasperan ó reproducen. El acto de la digestion es para muchos enfermos la causa que produce el incremento del dolor; sin embargo, muchos afirman que padecen del mismo modo cuando comen y cuando no comen, y cualquiera que sea la naturaleza de los alimentos de que hagan uso; pero estos son casos raros que pertenecen mas bien á otros estados morbosos del estómago, de que hablaremos mas adelante, que á una verdadera gastritis.

En un gran número de sugetos el malestar del estómago en el acto de la digestion no se presenta sino mucho tiempo despues de la ingestion de los alimentos. Asi es que se hallan individuos que padecen del estómago, sobre todo al despertarse por la mañana, y en los que por otra parte es tanto mas vivo este padecimiento, cuanto menos parcos han sido la víspera en su comida.

Sería importante conocer de un modo preciso cual es la naturaleza de los gases que se desprenden del estómago en tan grande cantidad en infinitos casos de gastritis crónica. Se sabe que á veces carecen de olor y sabor, y son independientes del acto de la digestion, y que á veces acompañan con especialidad á este acto, y adquieren un olor de hidrógeno sulfurado, siendo su sabor con frecuencia muy acre, á punto de causar una sensacion muy penosa y aun dolorosa de las partes por donde pasan. Rara vez la gastritis crónica va acompañada de vómi-

tos en sus numerosas graduaciones. Estos acontecen principalmente en dos casos: bien cuando bajo la influencia de causas apreciables ó no, pasa la inflamacion crónica del estómago á un estado mas agudo, ó bien cuando la alteracion que reside en el estómago opone un obstáculo al libre curso de las materias, sea al tiempo de entrar, sea al tiempo de salir estas en él. En los casos de afeccion cancerosa del cardias ó del píloro es, pues, cuando tienen especialmente lugar los vómitos. En el primer caso acontecen inmediatamente despues de la ingestion de los alimentos; en el segundo sobrevienen mucho despues. Ciertos enfermos vomitan diariamente á las cuatro ó cinco horas tan solo de haber comido. En otros el vómito no se verifica sino con intervalos mas lejanos, cada cinco, seis ú ocho dias. Los que se hallan en este caso vomitan frecuentemente cada vez una enorme cantidad de materia. En el artículo precedente hemos esplicado como en tales circunstancias adquiere el estómago un volúmen prodigioso, y se asemeja á un estenso saco que guarda los alimentos mientras puede distenderse; entonces se circunscribe muchas veces este saco por medio de la vista y del tacto al través de las paredes abdominales adelgazadas, y con mas frecuencia aun se comprueba la dilatacion que ha sufrido por el gorgoteo que se produce fácilmente en el epigastrio, imprimiendo al tronco del enfermo una sacudida repentina. Hay sugetos que determinan por sí mismos este gorgoteo, contrayendo con fuerza las paredes abdominales, de tal modo que las aproximan y separan alternativamente de las vísceras que cubren.

En cuanto á los cánceres del estómago que afectan al mismo cuerpo del órgano, pueden existir en todos sus grados, sin que sobrevengan vómitos. De esta suerte hemos hallado con mucha frecuencia, ya en una, ya en otra de las caras del estómago, ó bien estensas úlceras rodeadas de tegido escirroso, ó bien grandes vegetaciones cancerosas en sugetos que durante el curso de su larga enfermedad nunca tuvieron vómitos ni náuseas. Las materias vomitadas por los que padecen gastritis crónica, consisten principalmente en alimentos, mucosidades segregadas por el mismo estómago, bilis, sangre con sus cualidades ordinarias, ó una materia negra, que al parecer es la misma sangre alterada por su permanencia en el estómago. (Véase acerca de este punto el artículo anterior.)

El vómito de mucosidades puede ser puramente accidental, y depender de una transpiracion pasagera de la mucosa gástrica. Otras veces es habitual, en cuyo caso algunos enfermos arrojan diariamente, ya tan solo por la mañana, ya en todo el transcurso

del dia y en varias veces, un líquido blanquecino y viscoso muy parecido á la albúmina cruda. Este vómito por lo regular no va acompañado de ningun otro, á no ser que arrastre consigo el de los alimentos.

Rara vez va acompañada la gastritis crónica de vómitos biliosos, á no ser que se haga aguda. A veces tales vómitos preceden á los demas síntomas; se presentan de cuando en cuando, y despues que han sucedido, no dejan ningun indicio; solo mas adelante, y muchas veces sin que vuelvan á aparecer, sobrevienen todos los signos de la gastritis crónica. Hemos visto de esta suerte á un hombre que desde la edad de 18 años hasta la de 37 apenas pasó un verano en que no fuese acometido de vómitos biliosos y deyecciones alvinas de la misma naturaleza. Por algunos dias esperimentaba mal estar general y fatiga; perdia el apetito; se ponia algo sensible el epigastrio, y empezaban las evacuaciones biliosas, que persistian durante dos ó tres dias restableciéndose en seguida la salud. Por lo demas, y en el resto del año, digería bien este hombre, y no se quejaba de dolor alguno en el estómago; pero no siempre debia suceder así: á la edad de 36 años empezó á afectarse de un modo permanente, y poco á poco fué presentando todos los síntomas que caracterizan un escirro del píloro.

Se piensa generalmente que los vómitos de materiales negros semejantes al chocolate, á los posos del café, ó al hollin, son los signos menos equívocos de la degeneracion cancerosa del estómago. En el artículo anterior hemos citado ya casos en que existieron tales vómitos sin que hubiera ulceracion cancerosa del referido órgano, ni aun indicios de cáncer en sus paredes; mas en semejantes hechos, sin estar canceroso el estómago ofrecia las alteraciones que caracterizan las otras formas de la gastritis crónica. Al presente citaremos otros casos, en los cuales, aun cuando no era el estómago asiento de ninguna lesion apreciable, se verificaron copiosos vómitos negros. En uno de ellos las masas cancerosas habian invadido el hígado, y en los otros consistia la enfermedad principal en una peritonitis crónica.

Primer caso. Entró en la Casa Real de Sanidad un hombre de edad de 35 años con una hidropesia (serosidad en el peritoneo é infiltracion del escroto y de los miembros inferiores, sin ningun indicio de edema en los miembros superiores ni en la cara). A consecuencia de algunas escarificaciones que se hicieron en el escroto, se enrojeció este, y sobrevino en los muslos y fosas ilíacas una erisipela flegmonosa, que se estendió hasta los vacios. Mientras la erisipela se manifestaba vomitó el enfermo una gran cantidad de materia negra parecida al hollin diluido en agua. Murió tres dias despues de la aparicion de los vómitos.

Hallamos al estómago exento de toda lesion apreciable. Su superficie interna era pálida, y sus diversas membranas tenian el grueso y consistencia ordinarias; el resto del tubo digestivo estaba tambien pàlido y sano como el estòmago. El hìgado de un mediano tamaño presentaba en su interior una docena de masas blancas con todos los caracteres de la materia encefaloidea en su estado de crudeza. El bazo se halló voluminoso y firme. Los demas órganos no tenian nada notable. El tegido celular del escroto, de los muslos y de las caderas se hallaba infiltrado por un lìquido sero-purulento.

Segundo caso. Un hombre de 53 años de edad presentó durante toda su permanencia en la Casa Real de Sanidad los diferentes sìntomas de una peritonitis crónica; ademas tenia tos, y en el transcurso de su vida habia arrojado algunos esputos de sangre. Se alimentaba esclusivamente de leche. Repentinamente fué acometido de vòmitos, cuya materia era parecida à los posos del café, y en los dos dias siguientes tuvo càmaras de la misma naturaleza. A estas evacuaciones siguió una debilitacion rapida, y murió.

Al abrir el cadáver hallamos los intestinos reunidos en una sola masa, mediante membranas falsas sembradas de una multitud de tubérculos.

La superficie interna del estòmago apenas presentaba en algunos puntos una ligera inyeccion; toda la membrana mucosa gàstrica tenia el grueso y consistencia normales, y los tegidos subyacentes no ofrecian ninguna alteracion. Los intestinos delgados estaban pàlidos y completamente vacios. No acontecia lo mismo con los gruesos: en toda su estension se hallaban ocupados por una materia negra semejante à los posos del café mezclada con otra de un gris amarillento, que se quebrantaba entre los dedos, y era grasienta al tacto, pareciéndose à la arcilla: la materia negra era mas abundante que la otra, y distendia los intestinos. Despues de bien lavados estos se halló perfectamente blanca la superficie interna, y sus diversas membranas en estado sano.

Ni el hìgado ni la bilis contenida en la vegiga ofrecieron nada de notable. El bazo era pequeño y denso.

El lóbulo superior de cada uno de los pulmones contenia algunos tubérculos, siendo mas numerosos en el lado izquierdo.

El corazon era notable por su palidez, sin que su tegido estuviese mas friable que acostumbra, y contenia en las cavidades una pequeña cantidad de sangre lìquida.

Tercer caso. Un hombre de 60 años entró como el anterior en la Casa Real de Sanidad presentando los signos de una peritonitis crónica. En el lado derecho del epigastrio ofrecian las paredes abdominales una prominencia tan notable como la que resultaria de la existencia de un tumor. El 2 de octubre fue el paciente acometido de diarrea, y en seguida vomitó en muchas veces una gran cantidad de bilis verdosa: los dos siguientes dias siguiò vomitando bilis. El 25 de octubre cambió de naturaleza el vòmito: se halló formado por una materia negra semejante à los posos del café, y desde el primer momen-

to de la aparicion de este nuevo vòmito se descompuso rápidamente la fisonomia, y sobrevino una debilidad tan considerable como la que acompaña à una grande hemorragia, verificándose la muerte el 6 de noviembre à las cuatro de la mañana.

La abertura del cadàver nos manifestó un derrame sero-purulento en el peritóneo y membranas falsas que unian entre si por todos lados las circunvoluciones intestinales. En el epiplon gastro-cólico se hallaban diseminados pequeños tubérculos miliares, y en la parte anterior del estómago existia una abundante coleccion de pus, que se contenia en una cavidad limitada anteriormente por las paredes abdominales, posteriormente por el estómago, en el lado izquierdo por el bazo, y en el derecho por el higado, que parecia hallarse aplanado por esta coleccion. En la parte anterior é inferior del borde cortante del higado hàcia el punto que ocupa la vejiga de la hiel, se hallaba otro saco formado por membranas falsas, que se desgarraban facilmente con el dedo: este saco contenia tambien pus, y era el que durante la vida formaba la prominencia que se notaba en las paredes abdominales hàcia el hipocondrio derecho. Las paredes de la vejiga de la hiel estaban singularmente engrosadas por falsas membranas sobrepuestas.

El estómago se halló vacio, su superficie interna blanca, y sus diversas membranas en el estado fisiológico. El duodeno, el yeyuno, el ileon y todos los intestinos gruesos estaban llenos de una materia negra semejante à los posos de café. Debajo de la referida materia no se encontrò en la membrana mucosa intestinal mas alteracion que un salpicado negro bastante pronunciado en las vellosidades del duodeno y al principio del yeyuno. El higado era notable por su gran densidad. Presentaba un crecido número de manchas irregulares de un gris blanquecino, formadas por la sustancia amarilla, desprovista de color, y cuyas circunvoluciones se hallaban como unidas unas á otras, habiendo desaparecido entre ellas la sustancia roja. El bazo, pàlido, tenia el volúmen y la consistencia ordinaria.

El vértice de los dos pulmones ofrecia algunos tubérculos diseminados en medio de un tejido duro y negro. El corazon, que estaba pàlido, contenia del mismo modo que los vasos una pequeña cantidad de sangre liquida.

Estos tres casos demuestran de un modo manifiesto que el vómito negro, que es muchas veces uno de los efectos de la degeneracion cancerosa del estómago, puede tambien resultar únicamente de una exhalacion de la membrana mucosa gástrica, no dependiendo este fenómeno de ninguna lesion del estómago apreciable en el cadáver. Tal exhalacion puede tambien acontecer en los intestinos sin hallarse tampoco en ellos lesion alguna. Unicamente puede llamar la atencion, en los casos que acabamos de citar, la gran palidez de toda la superficie interna de

las vias digestivas, y la repentina pérdida de fuerzas que sobrevino desde las primeras evacuaciones. Estos son los fenómenos que acompañan por lo regular á todas las grandes hemorragias.

Uno de los síntomas que con mas frecuencia existen en la gastritis crónica cuando está exenta de toda complicacion por parte de los intestinos, es una constipacion de las mas pertinaces. Esta aumenta ó disminuye á medida que la irritacion gástrica es mas ó menos intensa. Los enfermos atribuyen con demasiada frecuencia en semejantes casos á la referida constipacion los accidentes que esperimentan en el estómago, y los purgantes, á que recurren para vencerla, rara vez dejan de agravar su enfermedad, quedando despues de usarlos aun mas estreñidos que antes. El único modo de corregir semejante incomodidad es disminuir la irritacion gástrica.

En la gastritis crónica no se refieren los desórdenes funcionales solo á las vias digestivas. El estómago irritado reacciona sobre los diferentes aparatos órganicos, de lo que resultan síntomas tan diversos como las mismas disposiciones individuales.

Por parte de la inervacion pueden observarse los trastornos individuales mas variados. Es por ejemplo frecuente ver en las personas atacadas de gastritis crónica que cada digestion va acompañada de una estremada postracion, de un mal estar, y una especie de angustia que se disipa á medida que se aproxima el término de la misma digestion. Puede suceder que al propio tiempo que se notan estos síntomas generales, sean muy ligeros los padecimientos del estómago; siendo digno de notarse que con frecuencia empieza con estos mismos fenómenos generales la inflamacion aguda de dicho órgano, aconteciendo tambien mas de una vez en tal caso que son mas pronunciados que los locales. (*Véase* respecto de esto el tomo precedente).

Independientemente de este efecto, que se repite en gran número de individuos, hay otros mas raros que dependen de la disposicion especial en que la enfermedad del estómago encuentra al sistema nervioso de cada enfermo.

En cierto número de personas se observan dolores de cabeza dependientes sin duda de la irritacion gástrica que padecen.

Conocemos una señora que sufre hace muchos años una gastritis crónica, y que cada vez que se exaspera la enfermedad es acometida de una hinchazon muy considerable del miembro torácico derecho.

Otra que en la juventud padeció una neuralgia facial, la ha

visto reproducirse muchas veces cuando su estómago, habitualmente delicado, venia á ser asiento de una irritacion mas fuerte.

Nos ha consultado un jóven afectado como los precedentes de gastritis crónica, en quien toda la cubierta cutánea se hace de cuando en cuando el asiento de una sensibilidad tan viva que no puede sufrir sin dolor el menor contacto. El mismo ha observado que esta hiperestesia cutánea va constantemente precedida de una exasperacion de los accidentes gástricos, y que disminuye con ellos.

Hemos asistido á un hombre de 36 años que disfrutaba de todas las comodidades de la vida, y no tenia ningun motivo de disgustos: sin embargo le asediaban ideas de suicidio por todo el tiempo que existió en él una gastritis. Cuando nos consultó llevaba ya tres ó cuatro meses de padecimiento, y á beneficio de un tratamiento conveniente hicimos desaparecer la inflamacion de su estómago, no volviendo ya á pensar mas en matarse desde que empezó á digerir bien.

Por otra parte sabemos que un crecido número de hipocondrías tienen su orígen en un estado morboso del estómago: ¡á cuántas personas hemos visto que sin ser hipocondriacas, se hallaban sumidas en una profunda é inesplicable tristeza siempre que padecian del estómago!

La circulacion se modifica poco en la gastritis crónica. Esceptuando el caso en que esta enfermedad pasa momentáneamente al estado agudo, se conserva el pulso sin frecuencia, y la piel sin aumento de calor. Sin embargo en algunas personas va acompañado el acto de la digestion de un pequeño movimiento febril.

En virtud de una disposicion enteramente particular hay muchas personas atacadas de gastritis crónica que padecen palpitaciones evidentemente unidas con la gastritis, y que aumentan y disminuyen siguiendo el mismo órden. Tales palpitaciones esclusivamente simpáticas se manifiestan en los sugetos predispuestos á ellas por el vólumen del corazon, y la irritacion gástrica es entonces la causa ocasional del desarrollo mas rápido de un aneurisma cuyo rudimento existe ya.

Curando la gastritis se hace con frecuencia permanecer estacionaria la afeccion del corazon.

A veces se resiente el aparato respiratorio de la irritacion del estómago. Asi en mas de un caso de gastritis crónica es uno de los síntomas mas pronunciados que acompañan al acto de la digestion cierta disnea muy penosa, cuyo orígen refieren muchos enfermos al estómago. ¿Podrá esplicarse en semejante ca-

so el trastorno de la respiracion por la influencia del nervio neumo-gástrico?

Otras veces no se observa esta disnea, pero cada exasperacion de la gastritis, y aun cada acto de la digestion, vá acompañado de una tos seca que es puramente sintomática, y que hace mucho tiempo han designado los observadores con el nombre de tos gástrica. Nos parece que su existencia no puede ponerse en duda; pero debemos apresurarnos á añadir que por lo regular se manifiesta en los sugetos que padecen una afeccion de los pulmones, del mismo modo que hemos observado que las palpitaciones producidas por la gastritis crónica existen sobre todo en los que tienen una afeccion del corazon. En efecto, interróguese respecto de esto á los tísicos, y la mayor parte responderán que cada vez que comen, se hace mas fuerte la tos, aconteciendo este fenómeno principalmente cuando empieza á irritarse el estómago.

Los diferentes aparatos de las secreciones no permanecen estraños al trastorno que produce en toda la economía la irritacion del estómago. Las secreciones de la piel son las que se modifican de un modo mas constante. Disminuyen ó se suprimen, de lo que resulta la sequedad particular de la cubierta cutánea que presentan los individuos atacados de gastritis crónica. Es notable sobre todo tal sequedad en las palmas de las manos.

¿Hay alguna relacion entre esta modificacion casi constante de las secreciones cutáneas y las diversas erupciones que se presentan con tanta frecuencia en la piel durante el curso de cierto número de gastritis crónica? Hemos sido consultados por un jóven que acostumbraba padecer del estómago, y cuya piel se cubria de chapas urticarias siempre que se aumentaba la irritacion de dicho órgano. Hemos visto otro caso aun mas singular que este. Hacia muchos meses que un jóven esperimentaba todos los síntomas de una irritacion gástrica: una mañana tomó cuatro dracmas de magnesia, y sintió inmediatamente un peso muy incómodo en el epigastrio; tuvo náuseas sin vómitos, y se cubrió toda la piel de estensas chapas de urticaria, cuya erupcion duró unas 30 horas, y desapareció. En este caso hubo una notable coincidencia entre la exasperacion, completamente accidental de la flegmasia gástrica y la aparicion de la erupcion cutánea. ¿Quién ignora por otra parte que en gran número de sugetos adquieren las afecciones herpéticas mayor intensidad cuando se irrita el estómago? De aquí se deduce la indispensable necesidad de un régimen mas severo en esta especie de afecciones.

Cuando la gastritis ocasiona vómitos formados esencialmente

por la bilis, es necesario admitir que se halla modificada la misma secrecion del hígado; pues en el estado ordinario no desciende la bilis al duodeno sino en pequeñas cantidades cada vez, como puede observarse en los animales vivos. Se necesita, pues, que afluya repentinamente al intestino una gran cantidad de bilis, y que siguiendo una direccion contraria á la que ordinariamente se le imprime, ascienda hácia el estómago, y franquee el duodeno; á la verdad pudiera tambien acontecer que la bilis llegase al estómago lentamente, y que este no la espeliera sino cuando se hallase acumulada en gran cantidad. Nos parece que pueden verificarse estos diferentes casos.

La secrecion urinaria se modifica de mil maneras en los individuos atacados de gastritis crónica, pero sin que estas modificaciones sean mas peculiares á la gastritis que á cualquiera otra enfermedad; no insistiremos ahora en ellas, y tan solo citaremos dos casos bastante notables que hemos tenido ocasion de observar, y que prueban cuán grande puede ser la influencia que ejerza el estómago enfermo en las funciones de los riñones.

Un hombre de unos 40 años presentaba hacia mucho tiempo los síntomas de una irritacion gástrica habitual: en tres épocas diferentes fué acometido sin causa conocida de un vivo dolor en el epigastrio, seguido de copiosos vómitos biliosos. Cada vez que se reproducian estos accidentes, arrojaba al orinar muchos cálculos formados por el ácido úrico; en ninguna otra época de su vida percibió que los contuviesen sus orinas.

Una señora nos consultó para una diabetes azucarada que llevaba padeciendo mas de un año. Se la habia sometido á un régimen esclusivamente animal, que no pudo sufrir por mucho tiempo. Bien pronto descubrimos que en esta señora la diabetes estaba complicada con una gastritis crónica, que al parecer habia sido completamente abandonada en los tratamientos seguidos hasta entonces. Supimos de la enferma que habia empezado á padecer del estómago, y á digerir mal algunos meses antes de la primera aparicion de la diabetes. Pensamos que seria racional empezar procurando destruir la irritacion gástrica, y recordamos algunas observaciones reunidas por el doctor Dezeimeris, en las que habia, como en nuestra enferma, coincidencia de una gastritis crónica y de una diabetes; habiéndose hecho desaparecer esta curando la inflamacion del estómago. Se hicieron algunas aplicaciones de sanguijuelas al epigastrio, y en seguida se frotó la misma region con la pomada estibiada, sometiendo á la enferma al

mismo tiempo á un régimen muy suave; ensayamos la leche que la habian prohibido hasta entonces, y como la digiriese bien, hizo de ella su único alimento. Este tratamiento duró por tres meses, al cabo de los cuales no habia indicio de irritacion gástrica, y volvieron las orinas á su estado natural. De esta suerte, curando la gastritis, hicimos desaparecer la diabetes, siendo razonable pensar que la segunda de estas afecciones era dependiente de la primera.

ARTICULO III.

TRATAMIENTO DE LA GASTRITIS CRONICA.

Una enfermedad como la gastritis crónica, que presenta tan diversos grados de intensidad, que corresponde á lesiones tan variadas, y que se espresa con síntomas diferentes muchas veces, no puede exijir siempre el mismo tratamiento. Hay grados de la gastritis crónica en los que debe ser tan rigurosamente antiflogístico el método curativo como en la gastritis aguda; en otros grados conviene sin duda diferente terapéutica, existiendo solamente las probabilidades de buen éxito en el uso de medios mas ó menos estimulantes. Así acontece hácia la terminacion de cierto número de gastritis crónicas, cuando ha sido combatida la inflamacion por los medios convenientes, y se halla próxima á desaparecer. Al poco tiempo dejará de existir, y sin embargo, las funciones del estómago estan distantes de volver á su estado normal. En tal caso no se las restablece con frecuencia, sino recurriendo á un nuevo medio de medicacion, y sobre todo modificando la naturaleza de los alimentos. Hasta entonces solo se habian prescrito el régimen y los medicamentos mas suaves, y la enfermedad no habia cesado de mejorar bajo su influencia; luego permanece estacionaria, y bien pronto adquiere otro aspecto. Las bebidas mas suaves como el agua gomosa ó la leche aguada, que eran las únicas que antes podian soportarse, producen, cuantas veces se ingieren, una sensacion de peso en el epigastrio, é insistiendo en tomarlas, acaban por ser vomitadas. Lo mismo sucede con las féculas y demas sustancias suaves que hasta entonces habian constituido la base del alimento. ¿Qué partido se tomará en tal caso? ¿Admitiremos que la irritacion gástrica adquiere de nuevo mayor actividad, y

aumentaremos la severidad del régimen? ¿Someteremos al enfermo á una dieta absoluta? Obrando de esta suerte agravaremos sin duda los síntomas de un modo funesto: la abstinencia completa en el momento en que debilitada la economía esperimenta una viva necesidad de reparacion que permite satisfacer la mejoría del estado del estómago, determinaría hácia este órgano una irritacion secundaria, que se hallaría bien pronto manifestada por el dolor en el epigastrio, por la sequedad y rubicundez de la lengua, por náuseas y vómitos, y por la aceleracion del pulso. Estos accidentes no tendrían remedio, y al tránsito repentino de la gastritis al estado agudo sucedería prontamente la muerte, como por desgracia se ha observado mas de una vez en los casos en que se han tomado por signos de una irritacion mas considerable los accidentes producidos por una causa del todo opuesta. Entonces el estómago no soporta el agua gomada, y lleva por el contrario bien algunas preparaciones aromáticas ó amargas, sentando perfectamente á los enfermos un poco de vino de buena calidad. No digieren las féculas preparadas con leche ó caldo de pollo, y sí les aprovechan los caldos preparados con carnes mas fuertes. La membrana mucosa gástrica se encuentra entonces en el mismo caso que la membrana mucosa ocular, que en la declinacion de cierto número de oftalmias se enrojece é ingurgita cada vez mas bajo la influencia de los colirios emolientes, y vuelve pronto á su estado normal, bañándola con aguardiente, ó tocándola con nitrato de plata. Esto consiste en que la acumulacion de sangre en una parte no anuncia necesariamente que se halle irritada, y en que para poderse desembarazar los tegidos vivos de la enfermedad que les ha invadido, necesitan cierto grado de estímulo, no pudiendo volver á su estado normal, cuando el estímulo es mayor ó menor de lo necesario.

Solo una larga esperiencia puede enseñarnos á modificar en cada caso particular las reglas generales de higiene que conviene observar en los sugetos atacados de gastritis crónica. Respecto de esto haremos una sola observacion acerca del ejercicio que se prescribe á tales enfermos: por lo regular no es proporcionado á sus fuerzas, y fatigándoles se les impide digerir. Tan útil como es un ejercicio violento cuando los enfermos se nutren suficientemente, tan dañoso nos ha parecido ser en los que están sometidos á una dieta severa. En semejantes circunstancias se facilita con frecuencia y prontitud la digestion, sin mas que impedir á los enfermos que anden despues de comer. Hemos visto algunos que no dijerian bien sino cuando comian en la cama, y permanecian en ella todo el tiempo que duraba la quimifica-

cion. Hemos cuidado á una señora, que no llegó á restablecer su estómago irritado hacía mucho tiempo sino comiendo en el baño. Al principio almorzaba y comia en él, mas adelante hacía una comida fuera del baño, y al cabo de seis semanas de emplear este método, al que se sujetó con perseverancia, se encontró completamente curada.

CAPITULO III.

OBSERVACIONES ACERCA DE ALGUNAS AFECCIONES DEL ESTÓMAGO QUE NO CONSISTEN EN UN ESTADO INFLAMATORIO DE ESTE ÓRGANO.

Las distintas alteraciones del estómago que hemos estudiado en los dos artículos precedentes, tienen para el práctico un carácter comun muy importante, á saber: que el tratamiento antiflogístico es el que se usa con mas ventaja: cuando deja de ser útil este tratamiento, indica que han cambiado de naturaleza las enfermedades contra que se empleaba, segun lo hemos demostrado al fin del capítulo anterior.

Hemos consagrado con Mr. Broussais el término genérico de *gastritis* para espresar las numerosas alteraciones que reconocen un lazo comun, la irritacion, y que reclaman un tratamiento esclusivamente emoliente.

Sin embargo, no todas las afecciones del estómago son gastritis. En mas de una circunstancia pueden trastornarse sus funciones bajo la influencia de causas enteramente diferentes de las que por lo regular producen la inflamacion, y este trastorno de funciones no desaparece sino por un tratamiento, que debiera necesariamente exasperarle si dependiera en efecto de un estado inflamatorio del estómago. La abertura de los cadáveres es una autoridad que confirma con pruebas este aserto, manifestando varios casos en que el estómago no presenta ninguna señal de flegmasia, aun cuando durante la vida haya sido el asiento de desórdenes funcionales mas ó menos graves. Citaremos algunos hechos de este género.

Desde luego se halla generalmente admitido que muchas enfermedades de los centros nerviosos pueden trastornar violentamente las funciones del estómago, determinando sobre todo vómitos copiosos y prolongados, sin que al abrir el cuerpo se halle en el referido órgano ninguna lesion apreciable. De esto se encontrarán numerosos ejemplos en el tomo V de esta obra, contentándonos ahora con citar uno solo.

I.ª OBSERVACION.

Vómitos abundantes hasta la muerte. Estómago sano. Derrame de serosidad en los ventrículos celebrales.

Una niña de 3 años, pensionista en una institucion de la calle de Faubourg du Roule, fué acometida, sin causa conocida, de abundantes vòmitos, que persistieron por 24 horas sin ningun síntoma grave: en seguida cayò en un estado comatoso, cada vez mas imponente, y murió. El pulso conservó constantemente una gran frecuencia, y la lengua, en cuanto pudo percibirse, pareció separarse poco del estado natural.

Al abrir el cadàver en presencia de mi padre y del doctor Descieux, hallamos los ventrículos del celebro muy distendidos por una gran cantidad de serosidad transparente, no habiendo ninguna otra alteracion en el encéfalo, ni en sus dependencias. El estómago nos pareció exento de toda especie de lesion, estando su superficie interna pàlida, y conservando la membrana mucosa el grueso y consistencia que son propios del estado fisiològico. Los tegidos subyacentes estaban sanos. Tambien encontramos exento de toda lesion notable el resto del tubo digestivo, del mismo modo que los demas órganos del abdomen y del torax.

En este caso los vómitos abundantes, que designaron el principio de la enfermedad, y persistieron durante su curso, eran efecto simpático del hidrocéfalo agudo, que arrebató la vida de la niña. En el caso siguiente hubo vómitos tambien, pero sin que pueda esplicarse su causa, ni por el estado del estómago, ni por el de ningun otro órgano.

II.ª OBSERVACION.

Vómitos prolongados por seis semanas. Ninguna lesion apreciable en el estómago.

Un hombre de 20 años de edad presentó al tiempo de entrar en la Casa Real de Sanidad todos los síntomas de la tisis pulmonar. Las seis últimas semanas de su vida fué acometido de violentos vómitos, que se repetian muchas veces al dia. Tenia repugnancia absoluta à toda especie de comida, y vomitaba lo poco que tomaba. La lengua habia conservado el aspecto natural, y el epigastrio estaba indolente. Este hombre murió estinguiéndose à la manera de los tísicos.

ABERTURA DEL CADAVER.

El encèfalo y sus anejos no presentaban nada notable.

Los pulmones se hallaron como empedrados de una gran cantidad de tu-

bérculos miliares. El parenquima pulmonar que habia entre ellos, en vez de estar hepatizado ò endurecido, se hallaba notablemente enrarecido. Las vesículas pulmonares, muy dilatadas, estaban remplazadas en muchos puntos por estensos espacios de aire, circunscriptos por paredes formadas de una membrana transparente tan delgada como la cáscara de un ajo. En varios sitios existian algunas cavernas pequeñas. Una de ellas se percibia al través de la pleura, de cuya cavidad la separaba una membrana muy delgada.

El corazon, pálido y de consistencia natural, contenia en sus cavidades sangre coagulada.

El estómago, medianamente distendido por gases, tenia blanca su superficie interna, conservando toda la membrana mucosa el grueso y consistencia del estado fisiológico, y hallándose un poco mamelonada hàcia el píloro. Los tegidos subyacentes à esta membrana no ofrecian ninguna alteracion. En los intestinos habia muchas úlceras.

El bazo era voluminoso y friable. Nada habia de notable en los demas órganos.

Esta observacion basta para demostrar la posibilidad de que el estómago sea el asiento de graves trastornos funcionales, sin que estos puedan esplicarse por lesiones de dicho órgano perceptibles en el cadáver.

Las siguientes observaciones, que hemos recogido últimamente, nos conducen tambien á la misma conclusion.

III.ª OBSERVACION.

Cáncer del útero. Signos de nefritis al tiempo de entrar la enferma en el hospital, y mas adelante cólera, que desapareció, dejando en su consecuencia vómitos pertinaces. Ninguna lesion en el estómago que esplicase este último síntoma.

Una costurera de edad de 43 años se quejaba, al tiempo de entrar en la Piedad el 20 de noviembre de 1833, de un peso muy molesto hácia el epigastrio. Ocho dias llevaba ya quejándose de varios accidentes: decia sentir hàcia el vacio izquierdo un dolor vivo, que se irradiaba en el trayecto del ureter derecho, y sus orinas estaban sanguinolentas. La lengua seca y roja en su periferia se hallaba cubierta en el centro de una capa blanquecina. La enferma sin apetito, y atormentada por una contínua sed, vomitaba de cuando en cuando materias acuosas, no movia el vientre: el epigastrio estaba indolente, y latia el pulso ochenta y ocho veces cada minuto. (*Se aplicaron veinte sanguijuelas al abdomen, y se dispuso un semicupio.*)

Del 21 al 26 de noviembre tuvo la enferma una supresion completa de orina, y nos aseguramos por medio del cateter de que no la habia en la vegiga; el dolor antes mencionado persistió; sobrevinieron muchos vómitos al dia; no se movió el vientre, y conservó el pulso casi la misma frecuencia. En todo este tiempo se *aplicaron sanguijuelas á la region renal izquierda, y se hizo una sangría del brazo.*

El 27 se restablecieron las orinas, cesaron los vómitos, y pareció aliviarse la enferma. Mas el 29 se declararon todos los síntomas de un cólera morbo bastante intenso: cámaras abundantes formadas por un líquido blanquecino parecido al agua de arroz, vómitos de la misma naturaleza, estincion de la voz, disnea, color violado de las estremidades, enfriamiento de la nariz, hundimiento completo de los ojos en las órbitas, nada de orina, y el pulso muy pequeño, latiendo sin embargo 112 veces por minuto. (*Lavativas de ratania, pociones opiadas, subnitrato de bismuto á la dosis de 24 granos.*) Desde el 28 de noviembre al 4 de diciembre desaparecieron los diferentes accidentes coléricos, escepto el vómito, que persistió constituyendo el fenómeno predominante; desde el 4 de diciembre hasta el 13, dia en que murió la enferma, estuvo atormentada por náuseas continuas, y vomitaba cada dia en varias veces materias, ya incoloras, ya verdes ó morenas, asi como todas las bebidas que tomaba. En todo este tiempo se mantuvo el pulso siempre pequeño y frecuente (de 92 á 108 pulsaciones por minuto). La lengua conservó una constante sequedad, estaba roja y lisa como despojada de su epitelium; disminuyeron las fuerzas con rapidez, y la enferma murió en el estupor. El vientre se conservó hasta el último momento blando é indolente, y no hubo cámaras en los últimos dias. Los principales medios empleados fueron el *agua de Seltz*, *el hielo*, *un vejigatorio aplicado al epigastrio*, *y el opio en diversas formas.*

ABERTURA DEL CADAVER.

(Treinta y ocho horas despues de la muerte.)

Pulmones. En el pulmon derecho habia adherencias celulares generales, enfisema en la parte inferior del lóbulo superior, materia colorante negra acumulada en el vértice, y en este punto una pequeña masa cretácea. El parenquima estaba seco en lo general, y ligeramente ingurgitado en la parte posterior é inferior. En el pulmon izquierdo no habia ninguna adherencia, pero sí enfisema en todo el lóbulo superior, la misma materia negra en el vértice y la misma ingurgitacion que en el otro.

Corazon. En la parte anterior del pericardio, que no contenia serosidad, habia una mancha pequeña y blanca; el diámetro del corazon desde la base á la punta era de tres pulgadas y cinco líneas, el transversal de tres pulgadas y cuatro líneas, el borde grueso de diez y nueve líneas, la pared del ventrículo izquierdo de siete líneas, el tabique de cinco líneas y media, el ventrículo derecho de dos líneas; por otra parte las cavidades eran bastante pequeñas; habia coágulos fibrinosos blancos en las cavidades derechas y en la aorta; los orificios estaban libres; la aorta en su origen tenia dos pulgadas y cinco líneas de diámetro, y su membrana interna presentaba un engrosamiento graniforme.

Hígado. Sus diámetros tenian de largo seis pulgadas y diez líneas, de ancho ocho pulgadas y cinco líneas, y de grueso dos pulgadas y siete líneas; el tegido se hallaba medianamente ingurgitado; la sustancia amarilla era mucho mas abundante que la roja, que no existia sino en forma de puntos; la consistencia era normal, y la vejiga de la hiel se hallaba distendida por una gran cantidad de bilis de un verde claro.

Bazo. Longitud cuatro pulgadas, latitud dos pulgadas, grueso quince líneas. La densidad era bastante grande, y el color rojo oscuro.

Estómago. Contenia gases y una pequeña cantidad de un líquido pardusco, viscoso, que parecia resultar de una mezcla de bilis y de las mucosidades. La superficie interna se hallaba generalmente blanca, y la membrana mucosa pálida; por debajo de esta se distribuian cierto número de venas medianamente llenas de sangre que enviaban ramillos á la mucosa en algunos puntos, lo cual producia en esta una ligera inyeccion en cinco ó seis sitios diferentes, cuya estension seria de media peseta à lo mas; la consistencia era normal en todos los puntos, hallándose mas adelgazada en el fondo que en los demas parages, como debe acontecer en el estado fisiológico. Al lado izquierdo del cardias existian cinco ó seis manchas pequeñas parduscas, que al primer golpe de vista parecian pertenecer à la misma membrana mucosa, pero que un examen mas atento hizo reconocer no eran otra cosa sino un depósito de la materia parda hallada en el estómago: una ligera raspadura hacia desaparecer estas manchas, sin que se interesase la mucosa.

Intestinos. La membrana mucosa de los intestinos delgados se hallaba generalmente pàlida; en su parte inferior se encontraron muchas chapas de Peyero sin prominencia alguna y salpicadas de negro. Habia adelgazamiento de la mucosa en la terminacion de los referidos intestinos, y la del ciego se hallaba reblandecida y teñida de la materia parda que llenaba su cavidad; existian algunas arrugas en el còlon, que contenia materias pardas y líquidas.

Riñones. El izquierdo era mas voluminoso que el derecho, y estaba pàlido sin ninguna otra alteracion de su sustancia, del mismo modo que sus conductos esteriores. El riñon derecho presentaba el mismo aspecto. Los conductos escretorios, la pelvis y los uréteres se hallaban distendidos por la orina, al paso que las mismas partes de su congénere no contenian nada de este líquido.

Utero y vejiga. Estaba completamente destruido el cuello uterino por un càncer que habia perforado la pared posterior de la vejiga; el cuerpo del útero se hallaba sano, y habia rubicundez de la mucosa vesical.

Cerebro. Normal.

En este caso el estado en que se halló el estómago no puede ciertamente esplicar los vómitos tan abundantes y pertinaces que se observaron durante la vida. La anatomía patológica no nos reveló pues la condicion morbosa que los produjo, ni en semejantes circunstancias pudo suministrar una contraindicacion al uso de medios distintos de los antiflogísticos.

IV.ª OBSERVACION.

Cólera antiguo. Vómitos repetidos. Ninguna lesion en el estómago.

El 11 de marzo de 1833 entrò en la Piedad una costurera de 21 años de edad, que desde la de 13 habia padecido muchas veces dolores de estòmago, vomitando con frecuencia. Hacia ocho meses que no estaba reglada, y muchos mas que habia tenido un cólera grave. Cuando se sometió à nuestra observacion presentaba el estado siguiente.

Cefalalgia supra-orbitaria, aturdimientos, lengua blanca sin rubicundez en los bordes, sed, anorexia, mal gusto de boca, vòmitos biliosos repetidos con frecuencia, dolores en el epigastrio, vientre ligerameute entumecido, y constipacion. El pulso latia 112 veces por minuto, la respiracion era un poco corta hacia mucho tiempo. Sin embargo la enferma aseguraba no haber tenido nunca romadizos, ni tampoco sentido palpitaciones; la auscultacion y la percusion no suministraron sino signos negativos. Desde ocho meses antes era acometida diariamente hàcia las tres de la tarde de calor-frios, que eran reemplazados sucesivamente, primero por calor, y luego por sudor. El bazo se percibia por debajo de las costillas falsas izquierdas. De cuando en cuando tenia la enferma flores blancas.

En los siguientes dias, y sin duda bajo la influencia del nuevo género de vida, no se presentò el acceso de fiebre; pero desde el 13 al 17 de marzo vomitaba bilis diariamente. El 27 los vòmitos se hicieron mas abundantes, la enferma estaba atormentada de continuas nàuseas, el epigastrio era asiento de un vivo dolor, y no se habia movido el vientre en los seis ùltimos dias.

La lengua se puso pardusca y amarilla, el pulso latia 92 veces por minuto, no contándose en el mismo espacio de tiempo sino 12 respiraciones. Era el pulso muy pequeño, las manos estaban frias, violadas y cubiertas de un sudor viscoso; las orinas regulares. (*Se aplicaron* 20 *sanguijuelas al epigastrio*).

Todo el dia corrió la sangre abundantemente de las picaduras de las sanguijuelas, mas sin embargo continuaron los vómitos, arrojando la enferma una materia de color parecido al del perejil. A las cuatro de la tarde cesaron los vòmitos, mas toda la noche hubo nàuseas. En la mañana del 18 de marzo habian cesado las nàuseas, habiendo hecho una deposicion algunas horas antes de la visita. La lengua se hallaba hùmeda y cubierta de una capa blanca gruesa. Habia desaparecido el dolor del epigastrio, la sed y las nàuseàs, y el vientre estaba blando é indolente.

Poco tiempo despues de la visita se reprodujeron los vòmitos que continuaron todo el dia.

En los diez dias siguientes continuó siendo el mismo el estado de la enferma, que vomitaba muchas veces cada dia ya bilis, ya las bebidas. En el epigastrio habia un dolor habitual; en todo este tiempo solo moviò una vez el vientre; la lengua se conservó blanca y hùmeda, no habia sed, y la enferma tenia algun apetito. El pulso continuó latiendo siempre 96 à 100 veces por minuto, y de cuando en cuando se observaba una tos seca y rara.

El 29 de marzo *se aplicaron otra vez sanguijuelas al epigastrio*. El 1 de abril se quejò la enferma de sentir en esta region un dolor mas vivo que

los dias anteriores, y descubriéndola percibimos que el epigastrio y el pecho se habian hecho asiento de una erisipela. Del 2 al 6 de abril se estendió la erisipela, y cubrió toda la parte anterior del pecho, y casi todo el vientre. Desde el momento en que empezó el exantema se agravaron todos los sintomas: la enferma cayó rápidamente en una postracion estremada, y la lengua se puso rubicunda y seca. En seguida se cubrió de la misma manera que los làbios y los dientes de una capa fuliginosa, se abultó el vientre, persistió la constipacion, y continuaron los vòmitos, arrojando la enferma una materia parecida á bilis de color verde porràceo. El pulso desde 96 latidos se elevò repentinamente à 150, y la respiracion desde 16 inspiraciones por minuto á 36. El dia 6 de abril sobrevino un poco de delirio, y murió la enferma el 7 à las nueve de la mañana.

ABERTURA DEL CADAVER.

(Veinticuatro horas despues de la muerte.)

No se hallaron indicios de la erisipela, que ya en las últimas 20 horas de la vida habia casi desaparecido. Tampoco se encontró nada notable en el cerebro.

En el vértice del pulmon derecho existian algunos pequeños tubérculos miliares, hallándose los dos pulmones muy ingurgitados; no habia ninguna adherencia en las pleuras. El corazon no presentaba de particular sino una coloracion roja de la superficie interna de las cavidades derechas, cuya coloracion se hallaba tambien en la aorta y en los troncos gruesos venosos. El tegido del corazon era flojo y blando, y en las cavidades de este órgano habia cuajarones de sangre.

El estómago estaba dilatado y ocupado por un liquido amarillento, que daba color à su superficie interna. Esta no presentaba ningun indicio de inyeccion sanguinea, escepto al lado derecho del cardias en el primer tercio izquierdo de la pequeña corvadura, donde existia un salpicado bastante vivo. La inyeccion se limitaba à la referida corvadura sin estenderse à las caras anterior y posterior del órgano. Presentaba la membrana mucosa en todos sus puntos el grueso y consistencia ordinarias, estando solo un poco mamelonada hàcia el piloro.

Desde el duodeno hasta el recto se advertian muy abultados los foliculos de Brunero, cada uno de los cuales ofrecia por término medio el tamaño de una cabeza de alfiler, estando pálida la membrana mucosa que habia entre ellos. Los intestinos gruesos se hallaron llenos de materiales espesos.

El hìgado nada ofrecia que notar; el bazo era dos veces mas grande de lo ordinario, y de menor consistencia. Nada de particular existia en el aparato genito-urinario.

Hemos visto otros sugetos en los que no habia vómitos, pero que en los últimos meses de su vida fueron atormentados de

una dispepsia habitual que acabó por impedirles toda alimentacion; sin embargo en estos como en los precedentes se encontró el estómago con todas las condiciones del estado fisiológico.

En todos estos enfermos, escepto uno solo, de que vamos á hablar, se presentó el desarreglo de las funciones del estómago como complicacion de diversas enfermedades crónicas. En el sugeto que ofreció solo este desarreglo, observamos lo siguiente.

V.ª OBSERVACION.

Dispepsia de muchos meses; enflaquecimiento progresivo. Ninguna alteracion apreciable en el estómago ni en ningun otro órgano.

Entrò en la Piedad durante el mes de abril de 1831 una mujer de 38 años de edad. Nos contò que hacia seis o siete meses habia perdido completamente el apetito; cuantas veces introducia algunos alimentos en el estómago, esperimentaba un peso insoportable en el epigastrio, y algunas un dolor bastante vivo. De cuando en cuando arrojaba con los vómitos mucosidades blanquecinas. Egerciendo una presion bastante fuerte en el epigastrio no se determinaba ninguna sensacion penosa. El resto del vientre se hallaba blando é indolente; habia habitualmente astriccion; la lengua era natural, y ningun otro òrgano ofrecia trastorno en sus funciones; mas la enferma se hallaba muy flaca y tenia mucha debilidad. A su narracion añadiò que habia empezado à perder el apetito y à digerir mal, despues de haber esperimentado profundos pesares.

Consideramos à esta enferma atacada de una gastritis crónica, y en razon al aspecto enteramente natural de la lengua, temimos la existencia de una degeneracion cancerosa en el tegido celular sub-mucoso. *La prescribimos leche para alimento, y se la aplicó un sedal al epigastrio.*

Esta mujer enflaqueciò gradualmente à nuestra vista, y acabò por morir sin presentar nuevos síntomas. En la última época de su vida se resistia à tomar hasta la leche, y no introducia en su estòmago sino algunas cucharadas de agua gomosa.

ABERTURA DEL CADAVER.

Despues de haber examinado los òrganos contenidos en el cráneo y en el pecho, y haber comprobado su estado sano, procedimos à la inspeccion del estómago, en el que nos prometiamos encontrar graves desórdenes: ¡cuál fué nuestra admiracion al hallarle en el estado mas sano! La membrana mucosa estaba blanca en toda su estension, en ninguna parte se encontrò modificada su consistencia; tampoco ofrecieron ninguna alteracion los tegidos subyacentes. El resto del tubo digestivo no apareciò mas alterado que el estòmago.

Por otra parte en ningun lado hallamos lesion. Examinamos los nervios trisplacnicos y neumo-gàstricos y tampoco estaban alterados.

En este caso fué completamente inútil la anatomía para revelar la causa de los síntomas y de la muerte. Este estómago, en el que tan gravemente se hallaban trastornadas las funciones, no ofrecia alteracion alguna de testura, ni parte ninguna de la organizacion se habia desviado para nosotros del tipo normal.

No habia pues muerto esta enferma de una gastritis crónica, pues la gastritis deja vestigios de su existencia. ¿Existió por ventura una neurose del estómago ó una atonía de este órgano? ¿hubo algo que pueda probarlo? Ignoramos tanto la fuerza que obra sobre la quimificacion, que no nos es dado apreciar todas las causas que impiden se verifique.

Por otra parte las relaciones simpáticas que unen al estómago con los demas órganos son tan numerosas que el trastorno de uno de estos debe necesariamente modificar las funciones de aquel, sin que tal modificacion consista necesariamente en una flegmasía ó en una simple irritacion. ¿No puede acontecer respecto de esto con la membrana mucosa gástrica lo mismo que con la piel? Si en el curso de la mayor parte de las enfermedades crónicas se halla muchas veces la cubierta cutánea modificada notablemente en su secrecion perspiratoria folicular y epidérmica sin estar inflamada ni irritada, ¿por qué en iguales circunstancias no se han de alterar de un modo mas ó menos profundo las funciones de la membrana mucosa del estómago? Finalmente en virtud de la maravillosa ley de sinergia, de que tan contínuos ejemplos nos ofrece la economía, parece que las funciones del estómago, en donde empieza el acto asimilador, deben tender á suspenderse por el solo motivo de que otros órganos de la vida nutritiva (intestinos delgados, pulmones, hígado, etc.) hayan dejado de llenar sus funciones. En efecto ¿de qué serviría que se formase el quimo, si no podian verificarse las transformaciones ulteriores del alimento, si no podia convertirse en quilo ni en sangre, ni por último en parte integrante de los tegidos del ser? El catedrático Berard de Montpellier nos parece que ha espresado esta idea con tanta verdad como energia, diciendo que la economía digeria por el estómago.

Al lado de estos casos en que no se esplican por ninguna alteracion en la testura del órgano los desórdenes funcionales del estómago, hay otros en que para esplicar estos desórdenes funcionales se hallan lesiones de testura, pero nada hay que demuestre que las referidas lesiones son de naturaleza inflamatoria.

Por lo tanto aun cuando hayamos establecido precedente-

mente que en el estómago como en otros muchos órganos es el reblandecimiento un resultado de la inflamacion, nos parece imposible afirmar que todo reblandecimiento es realmente producido por la flegmasia: á nuestro parecer semejante estado que existe en la membrana mucosa gástrica de muchos individuos debilitados por enfermedades crónicas, es tan solo un grado mas de la diminucion de consistencia que presenta en ellos, ya la fibra muscular, ya la misma sangre estraida de una vena (1). Ciertamente el admitir que en los casos en que los principales agentes de la vida, la sangre y el sistema nervioso, no nutren ni escitan suficientemente los órganos, cesa de tener su intensidad fisiológica toda la fuerza vital de agregacion por medio de la cual se hallan reunidas las diferentes moléculas de los tegidos vivos, es fundarse en una razonable analogía, y no separarse de las leyes de la sana filosofía; de aquí nace la diminucion de cohesion de los tegidos y su reblandecimiento mas ó menos considerable desde el grado en que como vulgarmente se dice hay *flacidez de las carnes*, hasta aquel en que perdiendo los caractéres de la organizacion tienden los sólidos á convertirse en líquidos; lo hemos recordado ya otra vez; la córnea trasparente se reblandece y perfora en los animales que se someten á un régimen que no es suficientemente reparador. Hemos observado un accidente semejante en los adultos, y sobre todo en los niños que llegan al último grado de marasmo, y en quienes aparecen al mismo tiempo manchas escorbúticas en diferentes partes del cuerpo. En estos mismos niños se halla tambien con frecuencia un reblandecimiento muy notable de las partes centrales blancas del cerebro (cuerpo calloso, septo lucido, bóveda de tres pilares) sin que este restablecimiento dé lugar durante la vida á ningun síntoma de irritacion del encéfalo: ¿no seria tambien fisiológico colocar esta lesion en la clase de reblandecimientos por falta de nutricion ó por diminucion de vitalidad? ¿Ademas quién se atreveria á afirmar que todos los reblandecimientos del corazon son resultado de una flegmasia, ni aun de una simple irritacion, es decir, segun la definicion de Mr. Roche, de un aumento de la accion orgánica del corazon? Lo mis-

(1) Ademas desde las recientes investigaciones de M. Carswel no podemos rehusarnos á admitir como demostrado lo que yo habia mirado como posible en mi *Precis d'Anatomie patologique*, á saber: que un gran número de reblandecimientos del estómago no acontecen sino despues de la muerte, y son producidos por causas que obran sobre la mucosa gástrica despues de estinguir se la vida.

mo acontece con ciertos reblandecimientos del hígado y del bazo de que hablaremos en este mismo volúmen. Finalmente ¿es producto de una inflamacion ó irritacion el notable reblandecimiento que sufren los huesos en los raquíticos (1)?

En otros sugetos no se encuentra el estómago reblandecido, propiamente hablando, pero sus túnicas se hallan muy adelgazadas, estando reducida la membrana muscular á algunas fibras pálidas y separadas, y las paredes de la víscera solo aparecen realmente constituidas en una parte mas ó menos considerable de su estension por la túnica peritoneal sobre la que está aplicada una capa celular muy delgada que reemplaza á la túnica vellosa. Este reblandecimiento del mismo modo que aquellos de que acabamos de hablar, ya comprenda solo la membrana mucosa, ya se estienda á todas las demas, no se observa sino en los individuos que mueren en el marasmo debilitados por una enfermedad crónica. Una sola vez le hemos observado en una jóven que habia conservado su robustez, y que entró en el hospital con los síntomas de una meningitis aguda de que murió. Pero en este caso ignoramos si antes de la invasion de la enfermedad cerebral existian hacia mas ó menos tiempo signos de la afeccion del estómago (2). Se concibe tambien que si en cierto número de casos este reblandecimiento del estómago sobreviene como el de los músculos en un periodo adelantado de muchas enfermedades crónicas, hay otros en que constituye la afeccion primitiva.

A los que se inclinan á no considerar el adelgazamiento, la atrofía verdadera de las paredes gástricas de que acabamos de hablar, sino como uno de los numerosos resultados que puede producir la flegmasía crónica en sus diversos grados, les preguntaríamos si juzgan que debe tambien referirse á la accion inflamatoria el adelgazamiento considerable que sufren muchas veces en los viejos las paredes huesosas del cráneo (3).

---

(1) *Véase* acerca de la naturaleza y las causas del reblandecimiento de los diferentes órganos nuestro *Precis d'Anatomie pathologique.*

(2) Ultimamente hemos observado un caso en el que solo se hallaban formadas las paredes del cólon, desde su orígen hasta el recto, por una tela delgada, que no ofrecia mas tegido que una trama celular recorrida por algunos vasos.

(3) *El Dr. Gendrin* (*Histoire anatomique des inflamations*, tom. I) ha demostrado bien que la atrofia simultánea de muchos de los elementos anatómicos que entran en la composicion de las paredes del estómago produce el adelgazamiento de la membrana mucosa del mismo órgano, y de las túnicas subyacentes.

Acabamos de procucar establecer por medio de pruebas deducidas de la anatomía, que el estómago puede presentar en sus funciones un gran número de desórdenes que no dependen del estado inflamatorio de dicho órgano. No debemos, pues, admirarnos si en gran número de enfermos vemos síntomas mas ó menos semejantes á los que caracterizan la gastritis crónica, que se perpetuan y agravan por la continuacion de un tratamiento puramente antiflogístico, y que al contrario ceden á medicaciones de otra naturaleza. Esto consiste en que tales síntomas no dependen de una gastritis sino de otros estados morbosos del estómago, cuya naturaleza estamos distantes de poder determinar siempre; pero contra los cuales nos ha enseñado la esperiencia que pueden dirijirse ciertos medios terapéuticos.

No es, pues, ciertamente una gastritis la afeccion particular del estómago, designada hace mucho tiempo con el nombre de *embarazo gástrico*. ¿Cuál es su naturaleza íntima? lo ignoramos; pero no nos queda duda que cuando existe realmente, se resiste á las emisiones sanguíneas, y cede con los emeto-catárticos.

No contamos los casos en que ya en el hospital, ya en la poblacion hemos visto restablecerse la salud á consecuencia de evacuaciones provocadas por arriba ó por abajo en sugetos cuya enfermedad se anunciaba con los siguientes signos: por un espacio de tiempo comprendido entro ocho dias y un mes, no tenian apetito; habitualmente era malo el gusto de boca; la lengua estendida y pálida en su punta y bordes se hallaba cubierta de una capa blanca ó amarillenta, *sin que esta capa presentára punteado alguno rojo*; eran irregulares las deposiciones, ya raras y consistentes, ya frecuentes y blandas; en muchos existia una sensacion de incomodidad y peso en el epigastrio, y algunos habian perdido el apetito. Ademas, habia un malestar general mas ó menos pronunciado, y un sentimiento de fatiga habitual, cara amarilla y *enjuta*, ojos abatidos, y con frecuencia dolor de cabeza; este conjunto de síntomas resiste muchas veces á las aplicaciones de sanguijuelas, ó al simple uso de las bebidas diluyentes, y á la dieta, y desaparece en seguida por medio de un vomitivo ó purgante. ¿Habia en semejantes casos *saburra* en las vias digestivas? ¿Era una modificacion viciosa en la secrecion del moco intestinal, bien sea en su cantidad, bien en sus cualidades? ¿Se hallarían alteradas las fuerzas desconocidas, cuyo concurso es necesario para el cumplimiento de la digestion? ¿Restablecen las fuerzas los vomitivos y los purgantes, escitando de cierto modo el tubo intestinal y sus anejos? ¿Cambian de una manera ventajosa el modo de secrecion del hígado y del pán-

creas? Lo ignoramos; pero lo que para nosotros es indudable es el buen efecto de este género de medicacion en los casos que acabamos de citar, y la inutilidad de los antiflogísticos. (Véase el volúmen precedente.)

Antes de pasar á otro órden de hechos citaremos un caso en que una cefalalgia muy fuerte, unida á síntomas de embarazo gástrico, é inútilmente combatida por las sangrías, desapareció á consecuencia de evacuaciones por arriba y por abajo establecidas espontáneamente.

VI.ª OBSERVACION.

Signos de embarazo gástrico é intestinal; cefalalgia. Uso inútil de las emisiones sanguíneas. Curacion á consecuencia de evacuaciones biliosas espontáneas por arriba y por abajo.

Un vendagista de 22 años de edad, sentia cuando entrò en la Caridad una cefalalgia frontal muy penosa y frecuentes aturdimientos, cuyos síntomas le aquejaban hacia cosa de tres semanas. Durante el mismo tiempo habia tenido anorexia completa, amargor de boca y una fuerte astriccion de vientre.

Cuando le vimos tenia la cara pàlida, la lengua cubierta de una capa blanquecina uniforme sin rubicundez alguna; el abdomen blando é indolente en todos los puntos; el pulso algo frecuente, sin que hubiera aumento de calor en la piel. Desde el dia anterior habia esperimentado aturdimientos bastante fuertes para impedirle bajarse y andar, temiendo perder el conocimiento. Comparaba su dolor de cabeza à la sensacion que produjeran sobre su frente violentos martillazos. (*Se aplicaron ocho sanguijuelas à cada uno de los lados del cuello, y al dia siguiente se le hizo una sangria del brazo.*) La sangre que salió por una estensa cisura se reunió en un gran coágulo sin costra inflamatoria. No hubo alivio ninguno. En los tres dias siguientes *se le prescribieron pediluvios, lavativas y tisanas diluyentes*, sin obtener mejoria.

Siete dias despues de su entrada en el hospital era el estado del enfermo casi el mismo, sin que le modificára *una nueva aplicacion de doce sanguijuelas al cuello.*

Del octavo al noveno dia, unos treinta despues que habia empezado à alterarse la salud de este individuo, vomitó espontàneamente una gran cantidad de bilis verdosa, y en el resto del dia moviò muchas veces el vientre: las evacuaciones alvinas consistian en una materia amarilla y muy líquida, y se verificaban sin dolor. Por la tarde disminuyeron sensiblemente la cefalalgia y los aturdimientos, y en la siguiente mañana ya no existian. Los tres siguientes dias hubo una copiosa diarrea biliosa, que despues se detuvo espontàneamente como habia empezado. Desde entonces se limpiò la lengua, desapareció el mal gusto de boca, y se restableció el apetito, no tardando el enfermo en salir del hospital.

¿No se puede preguntar en este caso si provocando tales eva-

cuaciones artificialmente se hubiera acelerado el restablecimiento de la salud?

Hay otro estado morboso del estómago que no se espresa con los mismos síntomas que el precedente, que se exaspera como él por el tratamiento antiflogístico propiamente dicho, y que cediendo á los medios eminentemente tónicos, puede considerarse como una astenia de dicho órgano.

Ya hemos probado que tal astenia puede suceder á una gastritis crónica, y aun ser una de sus terminaciones. Tambien puede ser primitiva sin hallarse ligada con ninguna otra afeccion, y sin que alguna causa apreciable la haya dado orígen. Finalmente, se halla algunas veces bajo la dependencia de la debilitacion general que ataca á toda la economía, sucediendo entonces á las causas que han influido en el organismo de un modo mas ó menos profundo: esto es lo que acontece con bastante frecuencia de resultas de los escesos venéreos, y sobre todo de la masturbacion.

Los individuos en quienes depende el desarreglo de las funciones del estómago de un estado de astenia del órgano, no pueden comer sin esperimentar en él una sensacion penosa que no es la misma en todos. Unos se quejan de un peso muy incómodo en el epigastrio; otros esperimentan en la misma region un sentimiento de tension y abultamiento, y á otros les parece que se ahogan. Mientras se hace la digestion, sienten una debilidad general, y muchos se duermen. La naturaleza de los alimentos tiene mucha influencia en la mayor ó menor facilidad con que se digiere. En efecto, lleva su estómago mas difícilmente la digestion de los lacticinios, las legumbres, las carnes blancas, y sobre todo la ternera, que la carne de vaca y carnero. Se hallan mejor bebiendo en las comidas vino aguado que agua pura, porque esta les produce una sensacion de peso que disipa el vino. En vez del agua simple puede añadirse ventajosamente al vino el agua de Seltz ó de Vichy. Varios necesitan tomar despues de cada comida algunas cucharadas de vino generoso, ó de vino de quina: el éxito de este régimen aclara notablemente la naturaleza de la afeccion gástrica. Por lo demas la lengua en semejantes circunstancias carece de rubicundez, está pálida tanto en su centro como en su periferia, y fuera del tiempo de las digestiones se halla indolente el epigastrio. Sin embargo, algunas veces se llena el estómago de gran cantidad de gases que le distienden, y son causa de dolores momentáneos. Los enfermos no esperimentan sed, no tienen hambre, propiamente hablando, y perciben mas bien la necesidad de tomar alimentos, ya por una especie de sensacion penosa, que esperimentan en

el epigastrio; ya por un malestar general, cuya causa les revela la propia esperiencia; ya por una especie de desfallecimiento. Por lo regular hay una constipacion pertinaz, y las heces ventrales están frecuentemente decoloradas. Para vencer esta astricion son necesarios en algunos casos los purgantes suaves; su repetido y prudente uso regulariza las cámaras, y las dá mejor color, aliviando á la vez el estado del mismo estómago; en semejantes ocasiones hemos usado con ventaja la infusion de ruibarbo, y nos abstenemos de emplear los purgantes aceitosos que soporta el estómago con mas dificultad. Algunas veces se establece la diarrea por el uso de las legumbres y de las carnes poco hechas. Las fuerzas digestivas no vuelven con frecuencia á su estado normal sino con mucha lentitud. No basta entonces auxiliar el trabajo de la digestion por medio de alimentos algo estimulantes; se necesita administrar tambien cierto número de medicamentos que obren en el mismo sentido. Nos parece que en tal caso son muy convenientes las diversas preparaciones de quina. No solo ejercen una saludable influencia sobre el estómago, sino que tambien modifican de un modo favorable el resto de la economía, cuando participa de la debilidad que sufre aquel órgano; acontece á veces que este ha recobrado la integridad de sus funciones, y sin embargo aunque se haga la digestion de un modo perfecto en la apariencia, no se restablecen la gordura y las fuerzas. Entonces podria creerse que existe en algun órgano una lesion profunda, que se escapa á nuestra investigacion, y que debilita lentamente al enfermo. Asi lo empezábamos á sospechar en un jóven á quien asistimos durante el invierno de 1833.

Atacado al principio de una afeccion que se consideró como irritacion gástrica, le sometimos á un régimen muy tenue, haciendo que la leche formase casi su alimento esclusivo. Sin embargo, llegó un momento en que no pudo digerir la leche, y como á pesar de todo continuó usándola todavia por algun tiempo, el enfermo, que no introducia en su estómago sino un alimento que habia cesado de ser asimilable, cayó de repente en el último grado de marasmo y debilidad. La lengua, á pesar de todo, se conservaba natural, y no habia absolutamente calentura; pero el paciente enflaquecia con tanta rapidez, que podia temerse una próxima catàstrofe: en este estado de cosas se cambió la alimentacion: en vez de la leche y de féculas preparadas con agua, se le dieron gelatinas de carnes y pollo, concediéndole al poco tiempo carnero. Digiriò bien todos estos alimentos, llegando pronto á encontrarse en estado de tomar sustancias mas estimulantes, sin que padeciera nada el estómago. Sin embargo, no se mejoraba el estado general; permanecia siempre el mismo enflaquecimiento, y no disminuia la debilidad. Exijimos del enfermo, que creia aumentar sus fuerzas saliendo en carruaje y paseando por su habitacion, que no saliera, y guardára la mayor quietud posible; que comiese en la cama, y

permaneciese inmòvil para digerir, pues pensamos que era necesario economizar sus fuerzas de todas maneras. Al mismo tiempo le hicimos tomar sucesivamente una infusion de quina, vino de Seguin, sulfato de quinina por la boca y en lavativas simultàneamente, píldoras de almizcle, estracto de genciana y sub carbonato de hierro, haciéndole muchas veces al dia fricciones estimulantes en los miembros y en el tronco. No descubrimos en ningun órgano indicio alguno de lesion, y nos complaciamos en creer que no habia acaso mas que una astenia de nutricion. Por mas de dos meses, en los que no dejò un solo instante de ser escelente la digestion, no se mejorò nada el estado general; hàcia el fin de esta época se infiltraron las piernas, y reconocimos un principio de ascitis. Empezamos entonces á desalentarnos, y temimos que fuera la causa de este principio de hidropesia una alteracion latente del hígado. Persistimos, à pesar de todo, en el uso del tratamiento tónico, y por último observamos un poco menos de enflaquecimiento y de debilidad, indicio seguro de que habia llegado el momento en que los órganos empezaban á asimilar los materiales nutritivos que les enviaba el estómago. Desde que el enfermo principió à hallarse algo mas fuerte le hicimos salir en carruage, recomendàndole evitar toda fatiga. Poco á poco recobrò la gordura y las fuerzas, consiguiendo restablecerse completamente.

¿No parece que en este caso la lesion esencial residia en la fuerza, en virtud de la cual los tegidos vivos asimilan los materiales destinados á reparar sus pérdidas? En vano habia recobrado el estómago la facultad de digerir las sustancias mas eminentemente reparadoras: la economía no aprovechaba nada de ellas. Es de advertir que mientras la enfermedad permaneció estacionaria, presentaron las orinas un abundante depósito formado por el ácido úrico, y por muchas sales calcáreas. Este depósito disminuyó desde que empezó á presentarse algun alivio; ¿consistiría en los materiales nutritivos suministrados por los alimentos, que en vez de asimilarse á los órganos, se separarían de la sangre en el interior de los vasos? Sabemos que cuando hay exuberancia en los materiales de la nutricion, se carga la orina de ácido úrico y de fosfatos. ¿No habia en este caso exuberancia relativa?

Véase otro hecho en que nos parece haber sido producido el trastorno de las funciones del estómago por una astenia del referido órgano, que se hallaba bajo la dependencia del estado general del individuo, y en particular del de su inervacion, sobre la cual obró sin duda primeramente la causa de la enfermedad.

VII.a OBSERVACION.

Síntomas de gastritis crónica, cefalalgia. Ninguna mejoría con el tratamiento anti-flogístico y la dieta. Alimentos mas sustanciales: curacion.

Un jóven de unos 20 años, y bien constituido, disfrutaba de buena salud, cuando se entregó con furor á la masturbacion. Poco tiempo despues que contrajo este funesto hábito, se desarreglaron sus digestiones, que habian sido fáciles hasta entonces: despues de comer sentia un peso enorme en el epigastrio, iba enflaqueciendo, y bien pronto apareció una cefalalgia frontal muy penosa. Ya hacia bastantes meses que existian estos accidentes cuando consultó con un médico: alarmado por el mal estado de su salud no se entregaba á la masturbacion, y sin embargo ni se restablecian las funciones del estómago, ni desaparecia la cefalalgia. Se le consideró como atacado de una gastritis crónica, y en su consecuencia se le prescribió un régimen severo y una dieta casi absoluta, y se le aplicaron en distintas ocasiones sanguijuelas al epigastrio, sin que disminuyeran el dolor de cabeza, ni la torpeza de las digestiones. Entonces cambiamos de medicacion: se dieron al enfermo alimentos mas sustanciosos, prescribiéndole el uso de caldos y chuletas. Poco despues de empezar este nuevo régimen desapareció la cefalalgia, y cesó de percibirse el peso en el epigastrio, recobrando en poco tiempo el paciente la mas completa salud (1).

De este hecho nos parece poder concluir que los síntomas gástricos, que con tanta frecuencia siguen á los escesos venéreos, y con especialidad á la masturbacion, no son debidos constante y necesariamente á una irritacion del estómago. El caso que acabamos de citar nos inclina por el contrario á creer que lejos de hallarse entonces irritado el estómago, está realmente debilitado: cesa de recibir la parte de influjo nervioso necesario para el cumplimiento normal de sus funciones. Lo cierto es que los escesos venéreos producen la disminucion de energía del sistema nervioso, y debilitan ó depraban la influencia de este sistema sobre los diversos órganos de la vida animal y nutritiva; ¿por qué no ha de debilitarse en este caso la fuerza digestiva, como se debilitan las fuerzas musculares, las facultades intelectuales y las sensoriales? No quiere esto decir que en tales circunstancias

---

(1) Se pueden leer varios hechos mas ó menos semejantes al que acabamos de citar en un escelente trabajo acerca de la gastralgia nerviosa, publicado por el doctor Barras.

no puedan producirse inflamaciones; por el contrario pensamos que por lo mismo que está modificada la accion normal de los centros nerviosos, es mas fácil que los órganos se hagan el asiento de congestiones, de irritaciones y de verdaderas flegmasias; pero por una parte no se ha de creer que todos los accidentes que sobrevienen entonces son causados por la inflamacion, y por otra no debe olvidarse que aun cuando esta exista, conviene modificar el tratamiento en razon de las condiciones particulares del organismo que han acompañado al desarrollo de la flegmasia.

En la observacion que acabamos de presentar es claro que la curacion no fué debida tan solo á la separacion de la causa determinante de la enfermedad, pues que ya hacia mucho tiempo que el paciente no se entregaba á la masturbacion, y sin embargo existia el trastorno de las funciones digestivas; no nos queda duda que semejante trastorno se habia sostenido por el tratamiento debilitante empleado al principio.

Al lado de los casos en que el desarreglo de las funciones del estómago parece depender de un estado de astenia del órgano, hay otros en quienes no puede demostrarse la misma lesion, siendo preciso referir los accidentes gástricos á una neurose; tal es el siguiente:

Una señora jóven, para la cual nos consultaron en el invierno de 1833, habia padecido muchas veces durante su vida accidentes bastante graves por parte del estòmago. Cuando la vimos no podia digerir ningun alimento, sin sentir dolores intensos en el epigastrio; bien pronto renunciò à toda especie de comida, no pudiendo soportar ni aun el caldo de pollo ni la leche aguada; se determinaron vómitos, y la enferma cayò en tal estado de debilidad y demacracion, que podia considerársela como próxima à morir. La lengua conservaba su aspecto natural. En medio de esta debilidad siempre en aumento se hallaba la enferma atormentada por el sentimiento de un hambre muy viva, que en vano intentaba satisfacer. Vomitaba los ligeros alimentos que se la daban (*caldos de rana y de pollo, féculas preparadas con agua ó con leche aguada, y algunos pastelitos*), ó si permanecian en el estòmago producia su digestion un estado de angustia difícil de describir. M. Recamier, à quien consultaron entonces, creyò que serian útiles las afusiones frias, esperando que desde que empezàra su uso se restableceria las digestiones, y soportaria la enferma la sopa de pan en caldo de vaca. MM. Bourdois, Lerminier y yo aceptamos la proposicion de Recamier.

Hallàndose la enferma colocada en un baño de asiento se derramò agua à 22.° R. sobre todo su cuerpo por espacio de cinco minutos. Soportó bien esta primera afusion; pero colocada en su cama se halló tan incómoda, que repugnò toda especie de alimento. Al dia siguiente se reprodujo la afusion, y se la obligò à tomar en seguida un gran trozo de pan empapado en caldo de vaca, que digirió bien. Se continuaron las afusiones, y despues de cada una de ellas se la hacia tomar una comida cada vez mas sustanciosa, llegando prontamente al estado de digerir una chuleta de carnero. Las fuerzas se restablecieron com-

pletamente, y de este modo desapareció una afeccion, que nos habia parecido bastante grave para anunciar á la familia una próxima terminacion funesta.

En la region del estómago se presentan á veces dolores muy vivos, que no van acompañados de ningun accidente grave, y por lo mismo parecen pertenecer tambien á un simple trastorno de la inervacion. Hemos tenido ocasion de ver una jóven eminentemente histérica, que de cuando en cuando sentia de repente un poco por debajo del apéndice xifoides, un dolor dislacerante, que abandonado á sí mismo, duraba por lo regular unas treinta horas, y que se calmaba mucho antes haciendo tomar á la enferma una pocion, cuyas partes activas eran el éter y el láudano de Rousseau. Por otra parte, esta jóven tenia bueno el estómago, y en cuanto desaparecia el dolor se ponia á comer como de costumbre, sin inconveniente alguno.

Hemos conocido otra mujer de unos 50 años de edad, en la que reemplazaba de cuando en cuando á un lumbago que la atormentaba habitualmente, un dolor muy vivo en el epigastrio, que despues de durar algunos dias, desaparecia espontáneamente, volviendo los lomos á ponerse doloridos.

Durante el estío de 1833 nos consultó á Chomel, Marjolin y á mí un hombre que padecia una enfermedad singular, cuyos principales caractéres son los siguientes:

Era un individuo de cosa de 60 años, bien constituido, y que siempre habia observado una vida sobria y regular. Hacia como doce años que habia sentido por primera vez un vivo dolor en el epigastrio. Este dolor duró muchas horas, y desapareció sin remedio alguno: el enfermo no habia esperimentado nunca molestia en el estómago, y apenas desapareció el dolor, pudo digerir tan perfectamente como antes. Desde esta época se reprodujo el padecimiento muchas veces con intervalos mas ó menos largos. Por cierto espacio de tiempo se presentó de un modo periódico, afectando por lo regular el tipo tercianario; en otra temporada le tuvo muchas veces seguidas cada ocho dias; lo mas frecuente era que no hubiese nada de regular en las recidivas. La duracion era muy variable; ya transcurria una sola hora desde el momento de su aparicion y el de su terminacion; ya se prolongaba por doce á treinta horas, habiendo persistido una vez mas de cien horas, y siendo entonces seguido de una ictericia: esta es la única vez que se presentó un trastorno por parte del aparato biliario. Muchas veces se reprodujo el dolor sin causa á que poder atribuirle; en otras circunstancias parece que influian en su reaparicion los trabajos intelectuales ó las emociones vivas: con mucha frecuencia en el momento de cesar el dolor vomitaba el enfermo cierta cantidad de mucosidades trasparentes, cuya espulsion parecia aliviarle. Fuimos testigos de uno de estos ac-

cesos: sentado el enfermo en la cama, é inclinado el tronco hàcia adelante, espresaba con gritos el dolor atroz que esperimentaba, y que tenia su asiento inmediatamente por debajo del apéndice xifoides; no se estendia á los hipocondrios, ni pasaba del ombligo por la parte inferior. La presion no le aumentaba de un modo sensible. El rostro estaba pàlido, y las facciones habian sufrido una profunda alteracion; la piel se hallaba fria y cubierta de un sudor viscoso: el pulso muy pequeño no latia mas que 50 veces por minuto. Hicimos tomar al enfermo el acetato de morfina en forma de píldoras. Este acceso fué de corta duracion. Al otro dia habia vuelto el paciente à su estado habitual, que era escelente: tenia buen apetito y podia hacer sus comidas ordinarias. Es evidente que pasado el tiempo del acceso ningun òrgano sufria en este enfermo. ¿Existiria en él una neuralgia ya de los neumo-gástricos, ya del plexo solar? Los remedios que le aconsejamos fueron los diferentes calmantes y antiespasmòdicos que parecen convenir para dichas afecciones. Sin embargo, algunos meses despues, y en consecuencia de uno de los accesos mas violentos, arrojó el enfermo por el ano un cálculo de mediano volúmen, desde cuyo tiempo se sintió bien.

Hay otro síntoma que en ciertos casos parece enlazado con un simple trastorno nervioso del estómago, y es el vómito. Ya hemos citado anteriormente la notable observacion de una mujer, en que ningun desórden apreciable en la testura del estómago esplicaba los vómitos copiosos y prolongados que padecia. Hemos encontrado algunos otros individuos, en quienes no parece depender el vómito ni de una gastritis, ni de ninguna otra alteracion orgánica del estómago. Hemos visto, por ejemplo, dos mujeres de 27 á 30 años que tuvieron palpitaciones de corazon bastante violentas y prolongadas por mucho tiempo, para hacer temer la existencia actual ó futura de un aneurisma del corazon. Sin embargo, desaparecieron las palpitaciones, y no quedó ningun trastorno en el aparato circulatorio. Pero en ambas, poco despues de regularizarse las funciones del corazon, sobrevinieron vómitos, que á poco tiempo llegaron á reproducirse cuantas veces intentaban tomar alimentos, y que persistieron por veinte dias en la una, y por cerca de dos meses en la otra. Reducida esta al último estado de marasmo, parecia amenazada de una muerte inmediata. A pesar de todo desaparecieron en las dos tan pertinaces vómitos; pudiendo conservar en el estómago sustancias sólidas, como bizcochos ó pastelillos en una época en que arrojaban todavía la leche y el caldo de pollo, y hallándose poco despues en estado de digerir impunemente todos los alimentos; de modo que su restablecimiento fué muy rápido. En toda la duracion de la enfermedad se conservó la lengua siempre natu-

ral, el epigastrio indolente, y el pulso sin frecuencia, habiendo persistido siempre la sensacion de hambre. No son estos ciertamente los síntomas, ni el curso, ni el modo de terminar de una gastritis.

En ambos casos nos pareció que el sub-nitrato de bismuto habia contribuido mas que ningun otro remedio á hacer cesar los vómitos. Antes se habia empleado sin ningun éxito el opio: primero pulverizamos con acetato de morfina la superficie de un vegigatorio, y en seguida le dimos interiormente.

¿Podrá afectarse tambien el estómago independientemente de todos sus desórdenes funcionales que reconocen tantas causas diversas, y que constituyen otras tantas enfermedades de diferente naturaleza, bajo la influencia de una causa enteramente específica, tal como el virus venéreo? ¿Pueden presentarse casos en que los síntomas de una afeccion gástrica desaparezcan bajo la influencia de las preparaciones mercuriales? Sentamos estas cuestiones, sin poderlas resolver, con motivo de las dos siguientes observaciones, que nos parecen dignas de la consideracion de todos los prácticos. La primera pertenece á mi padre, que la recogió en su práctica.

VIII.ª OBSERVACION.

Afeccion del estómago que presentaba todos los síntomas de una lesion orgánica de esta víscera, curada durante un tratamiento mercurial.

Es objeto de esta historia una mujer de 29 años de edad, cuyo padre murió à consecuencia de una afeccion orgànica del estómago, casada á la edad de 17 años, y que en los cinco primeros de su matrimonio tuvo cuatro hijos. Hacia tres años que habia contraido una blemorràgia que se suprimió por el uso de la pocion astringente, conocida con el nombre de pocion de Chopart, despues de tratada en el estado agudo con las bebidas demulcentes, los baños, y algunas inyecciones calmantes.

Se suprimió el flujo, y la enferma no presentaba ningun síntoma ni general ni local por el que pudiese sospecharse la existencia del virus sifilitico: aseguraba que nunca habia disfrutado de una salud tan floreciente; tan solo de cuando en cuando se manifestaban en los grandes labios algunos granos, que desaparecian inmediatamente con el uso de los baños y lociones de agua de malbas. Sin embargo, nos llamò la atencion su frecuente reaparicion, y examinándolos cuidadosamente nos pareciò que ofrecian un aspecto herpético. Se prescribiò á la enferma el uso de caldos refrigerantes; tomò veinte baños de Baregés, y desde esta época no volvieron à aparecer los granos. Por espacio de dos años continuamos viendo à esta enferma con mucha frecuencia, y podemos atestiguar que su salud no se alteró un instante. Al cabo de este tiempo sufrió vivas emociones morales, padeciendo en su vida doméstica disgustos de toda especie. Desde entonces empezó à perder su robustez; se la paso el rostro pàlido y de un aspecto aplomado y lívido, declarándose en seguida síntomas

muy graves por parte de las vias digestivas: perdió el apetito, y los alimentos que se introducian en su estómago ocasionaban una sensacion dolorosa que referia la enferma á la parte inferior del apèndice xifoides, siendo algunas veces arrojados pocas horas despues de su ingestion. Tocando cuidadosamente la region epigàstrica no se reconocia ningun tumor, pero habia mucha sensibilidad; tenia la enferma eructos violentos; la lengua estaba habitualmente blanquecina; las càmaras eran naturales; el pulso rara vez presentaba frecuencia; la piel estaba àrida, y las reglas se verificaban segun costumbre todos los meses, pero con mucha menos abundancia. Todo parecia anunciar la existencia de una gàstritis crónica, y ningun sintoma inducia à sospechar que se hallase afecto el hìgado. *Se aplicaron con mucha frecuencia al epigastrio sanguijuelas* que repetidas veces parecieron disminuir la sensibilidad del estómago; se cubrió *esta region con fomentos emolientes; se ensayaron el emplasto emetizado y los vegigatorios ambulantes en el epigastrio, y se aplicó un cauterio al brazo. El hielo en el mismo epigastrio* suspendió con frecuencia los vòmitos: siendo espelidas inmediatamente todas las preparaciones opiadas se quedaban al interior: hubo de limitarse la enferma à tomar bebidas emolientes.

A pesar de todos los esfuerzos del arte hacía la enfermedad grandes progresos. Cuatro meses despues de la aparicion de los primeros sintomas eran diarios los vòmitos, y arrojaba la paciente en gran parte toda clase de alimento sólido ó liquido, poco despues de introducirlo en el estòmago, siendo la leche de burra la única bebida que podia aun digerir.

Ya desesperábamos de poder suspender por mas tiempo el curso de esta deplorable afeccion, cuando un dia se quejó la enferma de calor incómodo en la garganta y dificultad al tragar. Inspeccionando estas partes descubrimos en la pared posterior de la faringe una ùlcera pequeña y redondeada, cuyo aspecto se aproximaba bastante al de las sifilìticas, no existiendo ningun otro sintoma venéreo. Entonces sospechamos si seria posible admitir que la afeccion del estòmago que iba à arrebàtar à la enferma fuese debida á un vicio sifilìtico. Por poca probabilidad que tuviese esta idea, la adoptamos como ùnica àncora de salvacion que quedaba à la paciente, reflexionando ademas que cualquiera que fuese su estado, los inconvenientes de un tratamiento antivenéreo dirigido con prudencia no podian equipararse con las ventajas que resultarian si se aplicaba oportunamente.

Asi pues aconsejamos *el uso de las pildoras mercuriales, en las que entraba un octavo de grano del deuto-cloruro de mercurio. Hicimos empezar por una pildora tomada por la tarde, y las aumentamos una á una hasta el número de seis solamente, mitad por la mañana y mitad por la tarde. Por la mañana prescribimos algunos vasos de agua de cebada con leche* que no siempre eran espelidos: este tratamiento se continuó por espacio de cuarenta dias. Al principio no hubo ninguna mejoría sensible, pero tambien es cierto que el mercurio introducido en el estómago no agravaba los antiguos accidentes gàstricos, ni empeoraba el estado de la enferma. Hàcia el vigésimo quinto dia se hicieron menos frecuentes los vòmitos, parecia que la enferma digeria algo mejor, se restablecieron algo las fuerzas, y era menos aplomado el colorido de la cara. Desde el trigésimo dia no pudo dudarse del alivio, siendo sobre todo conocido por la rareza de los vómitos. Alentados por este suceso asociamos al referido tratamiento *el uso de las fricciones, dándolas primero cada cuarto dia, y en seguida cada tercero con una dracma de un-*

güento *mercurial doble en las estremidades inferiores.* Desde la duodècima friccion llegò á ser desconocido el estado de la enferma. Cesaron los vómitos, pudieron introducirse sin dolor en el estómago los alimentos, y el epigastrio se puso blando é indolente; la piel perdiò su aridez, recobrò su frescura el rostro, y bien pronto se encontrò la paciente en todo el lleno de su salud.

Uno de los mas ilustrados y apreciables práeticos de la capital, M. Marc, nos ha hecho ver recientemente un enfermo que bajo muchos puntos de vista se asemeja al precedente.

Un actor de uno de los teatros de Paris habia tenido muchas veces síntomas de la enfermedad sifilítica: blenorragia, úlceras, entumecimiento de los gànglios inguinales, hinchazon de las diversas partes del periostio, dolores osteócopos y pústulas cutàneas: nunca se habia sujetado á un tratamiento continuado. Cuando consultó á M. Marc se hallaba en el estado mas deplorable: la cara muy pàlida y espresando el dolor, las mejillas hundidas, muy flaco y con tal debilidad, que apenas podia andar por su habitacion, y le era imposible bajar la escalera de su casa: tos seca y frecuente con ronquera y dolores ligeros en la laringe, la respiracion corta y precipitada, la lengua un poco roja, anorexia, dolor en el epigastrio, vómitos frecuentes, càmaras naturales, dolores muy vivos y profundos en los miembros, y entumecimiento doloroso hàcia la parte media de la cara interna de la tibia, que parecia depender de una hinchazon del periostio.

Segun el conjunto de síntomas que acabamos de enumerar parecia hallarse atacado este sugeto de una doble flegmasia crónica del estómago y de los bronquios, y aun habia mucha probabilidad de que existiesen en él tubérculos pulmonares, ó á lo menos era muy temible su desarrollo. Auscultamos el pecho con M. Marc, y ni este medio ni la percusion nos descubriò ninguna lesion orgànica del aparato respiratorio. Por mucho tiempo se habia sometido el enfermo à todas las variedades del tratamiento antiflogistico sin obtener ninguna ventaja. En tal estado dudaba M. Marc si seria la afeccion una *tísis venérea*, y despues de haber deliberado con nosotros empezò el uso *de las fricciones mercuriales*, que se continuaron por cierto tiempo combinadas *con el uso interior de la tisana de zarzaparrilla*. Poco à poco se restablecieron las fuerzas, la cara tomó un aspecto mas natural, y se presentò algo de gordura; desaparecieron los fenòmenos morbosos alarmantes que se referian al estòmago y à los pulmones, y al cabo de tres meses de un tratamiento en que obró el mercurio con bastante energía para producir la salivacion, se restableció completamente la salud.

Cualquiera que sea la causa á que se quieran referir los síntomas gástricos presentados por estos dos enfermos, y ademas los graves accidentes que esperimentaba el segundo con referencia al pecho, siempre tendremos que de ambos hechos se deduce que pueden desaparecer varios síntomas semejantes á los que anuncian una lesion orgánica del estómago ó de los pulmones al mismo tiempo que se administra un medicamento, que como el mercurio deberia por el contrario exasperarlos, si acaso existiese realmente la lesion orgánica que parecen indicar. Esta lesion es por otra parte el término comun á que tiende toda afeccion que por su persistencia en un tegido modifica mas ó menos la nutricion. En efecto nos parece demostrado que el trastorno de la digestion que se manifiesta á consecuencia de emociones morales vivas, de trabajos intelectuales, ó del esceso de la masturbacion, es debido á la suspension, ó mas bien á la perversion que sufre en su manera de ser la porcion del sistema nervioso que preside en el estado normal al acto de la quimificacion. No hay pues flegmasia primitiva, pero es indudable que si se prolonga dicho trastorno de la inervacion, se desarreglará la nutricion de los diversos tegidos del estómago, y se establecerán en él congestiones, transformándose lo que al principio era una neurose en una profunda lesion orgánica. De este modo es como muchos cánceres del estómago reconocen por causa las emociones morales, y como los vómitos calmados en la primera época de su existencia por los opiados, y que parecen ser entonces puramente nerviosos, cambian mas adelante de carácter, y se hacen sintomáticos de una verdadera gastritis.

En semejantes circunstancias nos parece que no existe una sola enfermedad enlazada en sus diferentes grados por medio de los síntomas y el tratamiento, sino que hay verdadera transformacion de una enfermedad en otra. En nuestro dictamen es poco fisiológico ver solamente en toda alteracion de las funciones del estómago el resultado de una irritacion que varia en sus grados. Entonces se piensa únicamente en combatir la flegmasia por medio de evacuaciones sanguíneas, y se olvida que con mucha frecuencia esta misma flegmasia es un efecto, y que de ningun modo se combate con las sangrías la causa que la produce, causa que debe sobre todo procurarse buscar y combatir.

Así han discurrido los médicos que han cuidado de los dos últimos enfermos, cuya historia hemos referido, y han obtenido feliz éxito. Y en verdad, si es cierto que las úlceras de la piel y de la membrana mucosa bucal y faríngea reconocen

por causa al virus sifilítico (1), y pueden ser tratadas con ventaja por un tratamiento mercurial, no vemos por qué no puedan tambien reconocer la misma causa, y ceder al mismo medio de tratamiento, las úlceras ú otras lesiones de las partes mas profundas de las membranas mucosas. Cuestion es esta que deben decidir observaciones numerosas y bien hechas que espera todavía la ciencia.

---

(1) Rogamos al lector que observe se halla comprobado el éxito del tratamiento mercurial en semejantes circunstancias por demasiados hechos para que pueda ponerse en duda, aun cuando no se admita la existencia del virus sifilítico.

CAPITULO IV.

OBSERVACIONES ACERCA DEL CÓLICO DE PLOMO, Y DE ALGUNAS OTRAS ENFERMEDADES DE LAS VIAS DIGESTIVAS QUE SE LE ASEMEJAN POR LOS SÍNTOMAS Y EL TRATAMIENTO QUE LES CONVIENE.

Muchos escritores han descrito ya de un modo exacto el cólico de plomo, por cuyo motivo no nos ocuparíamos de él en esta obra, sino se hubiesen hecho recientemente objeto de discusion muchos de los puntos de la historia de esta enfermedad, á causa de las nuevas doctrinas médicas. ¿Cuál es su naturaleza? ¿en qué estado se halla el tubo digestivo en los individuos que mueren de él? ¿qué especie de lesiones determina consecutivamente en las funciones, ó en la organizacion del sistema nervioso? ¿el trastorno de este sistema es siempre consecutivo á la lesion de las vias digestivas? ¿será algunas veces primitivo? ¿cuál es el mejor tratamiento que debe oponerse á semejante cólico? ¿los medios terapéuticos que sirven para disipar el mismo cólico, son tambien eficaces para destruir los accidentes que dependen de la alteracion de los centros nerviosos? ¿el cólico producido por las preparaciones de cobre, en el que hay diarrea, al paso que existe constipacion en el de plomo, reclama siempre el mismo tratamiento que este? ¿Por último, la consideracion de los síntomas de esta especie de cólico, y del tratamiento que se le opone, no solo sin peligro, sino aun con ventaja, y ademas la consideracion del estado en que se encuentra el tubo digestivo, no pueden contribuir á dar algunas luces acerca del asiento y naturaleza de diversos dolores abdominales, que aun cuando aparentan residir en las vias digestivas, no parecen sin embargo dependientes ni de una peritonitis, ni de una verdadera enteritis? Porque los enfermos atacados del cólico del plomo soporten impunemente dosis fuertes de los drásticos mas violentos, no deberá sin duda concluirse, como hacen muchas personas, que la membrana mucosa gastro-intestinal se halla solo dotada de una sensibilidad muy obtusa, pues entonces esta membrana no se encuentra en su estado sano; pero á lo menos es permitido deducir que suelen presentarse estados en la economía, en que siendo menor de lo natural la sensibilidad de la mucosa in-

testinal, pueden ponerse impunemente en contacto con ella estimulantes mas ó menos enérgicos. Igual fenómeno se observa de un modo normal en ciertos individuos, como lo demuestran muchas observaciones citadas, ya en este volúmen, y ya en el precedente.

Esperamos que las siguientes reflexiones podrán esclarecer muchas de las cuestiones que acabamos de proponer.

ARTICULO I.

ESTADO DEL TUBO DIGESTIVO EN LOS INDIVIDUOS MUERTOS DURANTE EL PADECIMIENTO DEL CÓLICO DE PLOMO.

Muchos autores han escrito que en los enfermos muertos durante el curso de un cólico de plomo, se encuentran los intestinos contraidos, y muy estrechado su calibre. Desbois de Rochefort dice que en dos sugetos ha hallado intus-suscepciones intestinales. Muchos médicos piensan en el dia que el cólico de plomo es tan solo una variedad de la gastro-enteritis, y de consiguiente que al hacerse la abertura de los cadáveres, deben encontrarse en el tubo digestivo indicios de una inflamacion mas ó menos intensa: hasta el presente no sabemos que ninguna autopsia haya justificado esta manera de ver. Pero aun cuando se citasen algunos casos, en los cuales se hubiese encontrado una flegmasia intestinal, tampoco servirian para decidir la cuestion, pues quedaria el derecho de no considerar á semejante flegmasia sino como una simple complicacion del cólico saturnino; siempre que hubiese otras observaciones que sirvieran para demostrar que no presenta ninguna especie de lesion apreciable el tubo digestivo en individuos muertos igualmente durante el curso del cólico. Esta ausencia de lesiones se halla demostrada por los hechos que vamos á citar.

Entre mas de quinientos individuos atacados del cólico saturnino, que han sido tratados por espacio de ocho años en la Caridad en las salas de M. Lerminier, tan solo cinco han muerto mientras estaban sometidos al tratamiento ordinario del cólico, y aun entre estos cinco dos á lo menos han fallecido de accidentes enteramente estraños á la enfermedad que nos ocupa.

I.ª OBSERVACION.

Cólico. Muerte repentina producida por la rotura de la aorta. Falta de lesion en el tubo digestivo.

Un revocador de casas, de edad de 33 años, habia sido tratado dos veces del cólico de plomo cuando entró por tercera en el hospital à principios del verano de 1810. Presentaba todos los síntomas del cólico saturnino; dolores vivos abdominales, que no se aumentaban ni disminuian con la presion; retraccion de las paredes del vientre, vómitos, constipacion pertinaz, estado natural de la lengua, dolores en los miembros, y apirexia: hacia ya quince dias que no se le movia el vientre, y solo desde los cinco anteriores habian empezado à manifestarse los dolores abdominales. Habia tomado en su casa el aceite de ricino, que no sirvió para moverle el vientre. Inmediatamente despues de su entrada se empezó el tratamiento ordinario de la Caridad (1); no

---

(1) El tratamiento del cólico de los pintores, llamado tratamiento de los Padres de la Caridad, es el siguiente:

El primer dia se administra el enema purgante de los pintores, cuya preparacion es:

De sen.	media onza.
Hágase hervir en	
Agua comun.	una libra.
Cuélese y añádase:	
De sulfato de sosa.	media onza.
Y de vino emético.	cuatro onzas.

Durante el dia se hace tomar al enfermo por bebida comun el *agua de Casia con los granos*, segun la siguiente fórmula:

De agua de Casia simple.	dos libras.
De sulfato de magnesia. .	una onza.
De tártaro emético. . . .	tres granos.
Mézclese.	
Algunas veces se añade:	
De jarabe del espino cervino.	una onza.

A las cinco de la tarde se administra el *enema anodino de los pintores*, que consiste en:

Aceite de nueces.	seis onzas.
Vino tinto.	una libra.
Mézclese.	

A las ocho se administra el siguiente bolo:

habia llegado al tercer dia de método curativo, y se hallaba tan solo algo aliviado, cuando de repente se quejó de un dolor insólito hácia la region precordial, espirando á los pocos minutos.

ABERTURA DEL CADAVER.

La inspeccion anatómica demostró que la causa de la muerte repentina residia en una desgarradura completa, una verdadera perforacion de la parte de aorta comprendida en el pericardio, hallándose este saco ocupado por un cuajaron de sangre negra.

De triaca . . . . . una dracma.
De opio. . . . . un grano.
Mézclese.

Al segundo dia se administra el vomitivo llamado *agua bendita*, que es simplemente:

De tártaro emético. . . . . seis granos.
De agua tibia. . . . . ocho dracmas.

Disuélvase y administrese en dos dosis con una hora de intervalo, haciendo beber agua caliente para facilitar el vómito.

Cuando el enfermo ha acabado de vomitar, se le hace tomar el resto del dia la *tisana sudorífica*:

De Guayaco. . . . . } de cada cosa una onza.
Smilax squinax. . . . . }
Y zarzaparrilla. . . . . }
De agua comun. . . . . dos libras.

Hágase cocer hasta que se reduzca á una libra, y añádase:

De sasafras. . . . . una onza.
Y de regaliz. . . . . media onza.

Cuézase ligeramente, y cuélese.

Por la tarde el enema anodino y el bolo con la triaca y el opio.

En el tercer dia se prescribe la *tisana sudorífica laxante.*

De tisana sudorífica simple, que es el cocimiento de zarzaparrilla. dos libras.
Sen. . . . . una onza.

Hágase cocer por cinco minutos, y cuélese para tomarla por la mañana en cuatro dosis, dando en el resto del dia la tisana sudorífica simple.

Por la tarde á las cuatro el enema purgante de los pintores.

A las seis el enema anodino de los mismos.

A las ocho el bolo de triaca y opio.

En razon de la enfermedad que obligó á este individuo á entrar en el hospital, debimos examinar con el mayor cuidado su tubo digestivo: era la primera vez que teniamos ocasion de abrir el cadáver de un hombre muerto durante el curso del cólico de plomo.

Lo que desde luego nos llamó la atencion fué la falta de estrechez del tubo digestivo: las circunvoluciones de los intestinos delgados, del mismo modo que las varias porciones del cólon, se hallaban por el contrario algo dilatadas. El peritóneo estaba sano. La superficie interna del estómago blanquecina; su membrana mucosa del grueso y consistencia ordinarios, y cubierta de bastante cantidad de mucosidades viscosas. El duodeno ofrecia desarrolladas las criptas segun costumbre, hallándose por otra parte blanco y sano. En el yeyuno y en el ileon apenas se encontraron algunos puntos con una ligera arborizacion vascular sub-mucosa. La superficie interna del ciego, del cólon y del recto estaba

---

El cuarto dia se administra la *pocion purgante de los pintores*, preparada con

Infusion de sen.	seis onzas.
Sulfato de sosa.	media onza.
Polvos de jalapa.	una dracma.
Y jarabe de espino cervino.	una onza.

Se favorece la accion del purgante con el caldo de yervas.

Durante el dia la tisana sudorífica simple.

A las cinco de la tarde el enema anodino, y á las ocho el bolo de triaca.

El quinto dia, y durante la mañana, la tisana sudorífica laxante.

A las cuatro de la tarde el enema purgante; á las seis el anodino, y á las ocho el bolo de triaca.

Tal es el tratamiento, que á pesar de su caprichosa composicion cuenta tan numerosos resultados favorables, que muchos médicos han creido deberle adoptar con un religioso escrúpulo.

M. Lerminier le sigue exactamente en el hospital de la Caridad, á donde acuden á buscar alivio la mayor parte de los individuos atacados de cólicos en Paris. M. Fouquier ha creido deber modificar segun las circunstancias este medio empírico. Asi, pues, habiéndole demostrado la observacion que en gran número de casos existe una disposicion muy marcada al vómito, se apresura á llenar esta indicacion, administrando un emeto-catártico (agua mineral) que reitera dos, tres veces, y aun hasta que cesen las náuseas. Solo entonces es cuando administra los purgantes, en los que insiste hasta que las evacuaciones alvinas son abundantes y fáciles. No emplea el enema anodino de los pintores ni el bolo de triaca y opio. Las dos indicaciones que M. Fouquier considera como principales en el tratamiento del cólico metálico, son restablecer y sostener las evacuaciones alvinas. Este práctico se sirve poco de los narcóticos; antiguamente, y antes que profundas investigaciones le probasen la poca eficacia del estracto de beleño, le prescribia con preferencia al opio, como menos capaz de reproducir una constipacion, que constituye la principal parte de

blanca, y la membrana mucosa no presentaba ninguna alteracion en su grosor y consistencia. Por otra parte los intestinos gruesos contenian solo una pequeña cantidad de materias fecales duras.

Ciertamente este caso es uno de aquellos en que hemos encontrado el tubo digestivo del todo exento de inflamacion: sin embargo de haber muerto el enfermo á consecuencia de la rotura de la aorta cuando su cólico era todavía muy intenso, la membrana mucosa intestinal no se habia aun enrojecido de un modo permanente por el uso de los drásticos. No puede decirse que en este sugeto estaba pálida la membrana gastro-intestinal, á consecuencia de la hemorragia que se verificó en los últimos momentos de su vida, pues esta hemorragia fué poco considerable, no habiéndose encontrado derramada en el pericardio ni aun media libra de sangre (1).

II.ª OBSERVACION.

Cólico. Muerte producida por una hemorragia cerebral. Tubo digestivo sano.

Un hombre de edad media que trabajaba en la fabricacion de albayalde (sub-carbonato de plomo) llevaba algunos dias con vivos dolores abdominales y todos los síntomas del cólico saturnino, cuando entró en la Caridad. Este cólico fué bien observado por el discípulo de guardia en el mismo dia de la entrada del enfermo. Al siguiente le acometió un ataque de apoplegía, de que falleció á las 48 horas. No pudo hacerse que moviese el vientre á pesar de haber empleado en este intervalo de tiempo lavativas drásticas.

---

la enfermedad. Considera á los medios que vencen la astriccion de vientre como el mejor, el único remedio de los dolores dislacerantes que esperimentan los enfermos. M. Kapeler, médico del hospital de san Antonio, ha adoptado tambien esta teoria simple y racional, y en vez del aparato medicinal indicado antes, emplea sucesivamente en un órden motivado por el aspecto particular de cada enfermedad los vomitivos, los purgantes, los demulcentes y los narcóticos.

Algunos médicos han creido deber adoptar el tratamiento demulcente y laxante acousejado por De Haen; pero las opiniones que acabamos de dar á conocer son las mas generalmente admitidas, y las que reunen en su favor el apoyo de la esperiencia. *(N. de los T.)*

(1) Puede establecerse en general que la muerte repentina, fulminante, que sigue á la rotura del corazon y de los vasos gruesos antes de salir del pericardio, no es debida á la abundancia de sangre que se derrama en este saco.

ABERTURA DEL CADAVER.

La autopsia nos manifestó la existencia de un derrame considerable de sangre parecido al helado de grosella, en el espesor del hemisferio cerebral derecho, á la parte esterna y á la altura del cuerpo estriado y tálamo óptico del mismo lado.

El estómago presentaba un poco de inyeccion sub-mucosa hácia el fondo, hallándose el resto blanco. Su membrana mucosa tenia en todos los puntos el grueso y consistencia que constituye su estado fisiológico; los intestinos delgados ofrecian en algunos sitios una ligera inyeccion sub-mucosa que residia especialmente en las venas mas gruesas, la membrana se hallaba pálida, y lo mismo acontecia con la de los intestinos gruesos. El calibre del tubo digestivo no se habia aumentado ni disminuido.

Nada notable se encontró en los demas órganos.

A menos que se diga que la congestion cerebral habia revelido y hecho desaparecer en este individuo la irritacion intestinal, será necesario admitir tambien en este caso que el cólico de plomo no dependia de una flegmasia gastro-intestinal.

III.ª OBSERVACION.

Cólico. Síntomas nerviosos graves. Ligera rubicundez del cólon transverso en una pequeña parte de su estension.

Un plomero de unos 30 años entró en la Caridad para curarse de los violentos cólicos que esperimentaba hacia pocos dias. Se empezó el tratamiento ordinario. Al tercer dia hallándose algo aliviado, pero padeciendo todavía de un modo intenso, fué acometido de repente de síntomas nerviosos muy graves que describiremos mas adelante, y murió á las dos horas de la invasion de estos síntomas.

ABERTURA DEL CADAVER.

Se encontró la membrana mucosa-gástrica sin inyeccion, de un blanco agrisado, y del grueso y consistencia ordinarios; los intestinos delgados se hallaban blancos en toda su estension, escepto en muchos puntos aislados, que reunidos por el pensamiento ocuparian un pie de estension, y en los cuales habia una inyeccion bastante viva, que sin embargo no tenia suficiente fuerza para hacer perder su transparencia á las paredes intestinales. Los intestinos gruesos se encontraron blancos y sanos, esceptuando un espacio de tres á cuatro pulgadas hácia el fin del cólon transverso, donde se notaba alguna rubicundez.

Ninguna lesion apreciable se halló en los otros órganos de las tres cavidades.

El tubo digestivo ofreció en este caso algunas ligeras alteraciones que no existian en los precedentes; pero á las que sin duda no se pretenderá referir los síntomas observados durante la vida, pues hay muy pocos cadáveres en cuyos intestinos no se hallen lesiones de esta especie.

IV.ª OBSERVACION.

Cólico. Epilepsia. Muerte repentina. Ligera rubicundez de una pequeña parte del colon transverso: coloracion negra de los folículos.

Entró en la Caridad un revocador de 38 años de edad para tratarse del cólico de plomo, cuya existencia estaba bien comprobada. Al siguiente dia de su entrada tuvo un ataque de epilepsia. En los sucesivos persistieron los dolores abdominales, pero con menos intensidad: se le prescribió el tratamiento ordinario. Diez dias despues de su entrada murió repentinamente, existiendo todavia el cólico.

ABERTURA DEL CADAVER.

En el estómago solo se halló una coloracion apizarrada de la membrana mucosa hácia el piloro en una estension equivalente á la de dos duros reunidos. Los intestinos delgados aparecieron blancos, esceptuando el borde de algunas válvulas, donde se notaba rubicundez que constituia únicamente una arborizacion vascular poco considerable cuando se desplegaban las válvulas. Inmediatamente por encima del ciego, se encontró un gran folículo de Peyero salpicado de negro, habiendo tambien en dicho intestino otros folículos aislados con un punto negro en el centro. El resto de los intestinos gruesos nada ofreció que fuese de notar: estaban blancos escepto la terminacion del colon transverso, donde se observaba una faja rojiza que tenia una pulgada de ancho y dos ó tres de largo. Donde existia esta faja habia perdido su consistencia la membrana mucosa.

El color insólito observado en una porcion del estómago, y el punteado negro de los folículos de la terminacion de los intestinos delgados y del ciego, son estados crónicos que no puede creerse tuvieran relacion alguna con los síntomas que

presentó el enfermo durante su permanencia en el hospital. La ligera coloracion de algunas válvulas del yeyuno, y la faja roja poco estensa que se encontró en el cólon, nos parecen por una parte lesiones poco considerables, y por otra se hallan con demasiada frecuencia en todas circunstancias para que sea posible hacer depender de ellas los síntomas especiales que caracterizan el cólico de plomo.

Mas adelante insistiremos acerca del estado en que se halló el sistema nervioso de este enfermo.

V.ª OBSERVACION.

Cólico. Paralisis de los miembros superiores. Síntomas repentinos de asfixia y muerte. Algunos enrojecimientos distribuidos por los intestinos.

Un plomero de 50 años de edad, que habia padecido muchas veces del cólico, se hallaba atacado de él hacia tres semanas, cuando entró en la Caridad. Los dolores eran poco intensos, pero continuos, y de cuando en cuando se exasperaban, á punto de obligarle á dar gritos; la constipacion era pertinaz, y ademas habia una paralisis completa del movimiento de los miembros superiores. Se empezó el tratamiento ordinario.

Al cuarto dia estertor traqueal, una especie de asfixia, y muerte.

ABERTURA DEL CADAVER.

Nos limitaremos aqui tambien á hablar del estado del tubo digestivo.

El estómago se encontró distendido por una mediana cantidad de liquido: hácia el fondo presentaba su membrana mucosa un reblandecimiento próximamente de la estension de la palma de la mano. En este mismo sitio era blanca, esceptuando dos puntos donde existian dos placas rojizas, de las cuales una tendria el diámetro de un real de plata, y la otra el de una peseta. Todo el resto de la membrana mucosa estaba blanco, y tenia la consistencia y grosor ordinarios.

Los intestinos delgados y gruesos estaban mas bien dilatados que contraidos. Aquellos presentaban en varios puntos una ligera inyeccion sub-mucosa (estado que se hallaba en relacion con el género de muerte del sugeto). La membrana mucosa del ciego ofrecia una placa roja, que á lo mas tendria el tamaño de medio duro. El resto de los intestinos gruesos estaba blanco, y solo se percibian algunas venas gruesas que cruzaban por debajo de la membrana mucosa.

En este caso no hallamos lesion alguna digna de notarse mas que el reblandecimiento de una parte de la membrana mucosa del estómago; pero de este reblandecimiento no dependia

el cólico, que fué ciertamente menos violento en este enfermo que en los precedentes.

Así pues, de todos los individuos que han sucumbido mientras se hallaban atacados del cólico de plomo, y cuyos cadáveres hemos tenido ocasion de abrir, ninguno nos ha presentado en el tubo digestivo lesiones por las que sea posible esplicar los síntomas de la enfermedad.

A los cinco hechos que acabamos de citar añadiremos otro que se halla consignado en una memoria de M. Louis acerca de las muertes repentinas é imprevistas (1). El enfermo cuya historia cita este sabio observador, murió repentinamente al octavo dia de su cólico saturnino, hallándose su tubo digestivo en un estado de integridad perfecta.

A estos seis hechos agregaremos otros dos tomados tambien de la Caridad, y que ha publicado ya M. Martin en su tesis para el doctorado.

VI.ª OBSERVACION.

Cólico saturnino tratado por el método de la Caridad. Convalecencia. Nueva aparicion de los síntomas. Muerte. Falta de lesion en el tubo digestivo.

Un hombre de 32 años de edad, moreno y de buena constitucion, destinado hacia un mes á empaquetar minio en toneles en la fábrica de Clichy, fué acometido el 1.º de mayo de 1829 de malestar, constipacion y laxitud en los miembros. Este estado duró dos ó tres dias, y fué remplazado por cólicos muy violentos, vómitos de materias biliosas, y dolores en los miembros inferiores. Entró el 6 del mismo mes en la Caridad, y fué colocado en la sala de Mr. Lerminier. Entonces ofreció los siguientes síntomas: el vientre era del volúmen ordinario é insensible á la presion, esceptuando la region epigástrica; tenia el enfermo cólicos muy intensos, y astriccion de vientre, le era muy difícil mover los miembros, especialmente los inferiores, hallándose doloridos unos y otros; la vista estaba un poco trastornada; habia aturdimientos, disfagia y sentimiento de constriccion en la faringe; la lengua estaba blanca y lisa; existian amargor de boca y náuseas; el pulso aparecia lleno y sin frecuencia; el color de la piel era amarillo. (*Primer dia del tratamiento de la Caridad.*)

El dia 7 habian desaparecido los dolores cólicos á consecuencia de dos deposiciones de la víspera: la boca se conservaba amarga, y habia aturdimientos, un estado semejante á la embriaguez y diplopia; el pulso estaba lleno y sin frecuencia; sentia el enfermo punzadas en los brazos y en las piernas, y dolores en las articulaciones de los miembros superiores é inferiores, especialmente en la parte media de la tibia. (*Segundo dia de tratamiento de la Caridad.*)

---

(1) *Recherches anatomico-pathologiques sur diverses maladies;* por Ch. Louis, pág. 483.

El 8 insomnio y dolor en el epigastrio: nos manifestò el enfermo que el dia anterior habia tenido muchos y abundantes vómitos, y que habia movido repetidas veces el vientre despues de haber tomado el emético; no tenia á la sazon náuseas, y segun nos dijo se hallaba desembarazado su estómago. (*Tercer dia del tratamiento de la Caridad.*)

El dia 9 se le administró la pocion purgante de los pintores, que produjo de siete á ocho càmaras.

El dia 10 habia alivio, sintiendo tan solo el enfermo algunas punzadas en las piernas. (*Tisana sudorífica.*)

El 11 convalecencia; solo existia alguna debilidad en las piernas. (*Baños sulfurosos; media pocion de guayaco; media taza de vino.*)

El dia 12 sin causa conocida, y sin haber salido el enfermo de la cama, se reprodujeron los cólicos de una manera atroz, y hubo vòmitos de una materia verde.

El 13 se aumentaron los còlicos, obligando al paciente á prorumpir en gritos; la cara anunciaba el padecimiento y desaliento; habia agitacion continua y sensacion de una barra en la region epigàstrica, que estaba muy sensible à la presion; el decúbito sobre el vientre no calmaba los dolores; la escrecion de las orinas era difícil, y fácil la de los escrementos; el pulso no tenia frecuencia. (*Se volvió á empezar el tratamiento de la Caridad desde el primer dia.*)

Por la tarde se presentaron convulsiones epileptiformes, que se repitieron muchas veces durante la noche.

El 14 continuaban siendo muy intensos los cólicos, y hubo estupor; las respuestas eran difíciles; al delirio seguian las convulsiones, y la agitacion era tal en los momentos del ataque, que hubo necesidad de usar la camisola. (*El tratamiento del tercer dia, y si no cesaban los dolores que se administrase la pocion purgante de los pintores.*)

El 15 pérdida completa del conocimiento, decúbito supino, la cabeza muy inclinada hácia atras, é inmovilidad, que solo se interrumpia por los movimientos convulsivos del tronco y miembros. Durante los ataques se dirijian los ojos hácia arriba, y alternaba el rechinamiento de dientes con el castañeteo de las mandíbulas. Se percibia el estertor de los agonizantes, el pulso era pequeño y frecuente, la lengua, los labios y los dientes estaban limpios, y los ojos empañados y pulverulentos. (*Dos vegigatorios á las piernas; doce sanguijuelas á cada una de las yugulares; dos enemas de sen y valeriana.*) En el mismo dia espiró el enfermo à las seis de la tarde.

ABERTURA DEL CADAVER.

(38 *horas despues de la muerte.*)

Aspecto esterior. Manchas violadas en la piel del dorso.

Sistema nervioso. En la parte inferior del canal raquidiano se encontró bastante cantidad de serosidad; los vasos venosos de la cara anterior de la médula ofrecian una ligera inyeccion, la porcion dorsal de la médula tenia menos consistencia que en el estado natural sin haber cambiado de color; las membranas del cerebro estaban completamente sanas, los nervios ópticos, las eminencias maxilares y las prolongaciones de la médula oblongada lige-

ramente reblandecidos, la sustancia cortical algo salpicada de rojo y de consistencia ordinaria.

Pecho. Habia ingurgitacion de la parte inferior y anterior del pulmon derecho, y enfisema interlobular de los dos pulmones. El pericardio contenia una ligera cantidad de serosidad sanguinolenta y el ventrículo izquierdo se hallaba dilatado.

Vias digestivas. Los intestinos gruesos estaban algo distendidos por gases, no encontrándose en ellos los depósitos de materias fecales endurecidas, de que hablan los autores, pero sí materias *blandas* de un gris amarillento; la membrana mucosa no presentó ningun indicio de inflamacion; la de los intestinos delgados era de un blanco verdoso, y estaba enteramente sana, y cubierta en toda su estension de bilis amarilla. En el yeyuno se encontró una ascaride lumbricoide, y otra en el ileon. La membrana mucosa del estómago estaba sana y cubierta de una capa de bilis amarillenta; el duodeno ofreció un puntito negro. Los demas órganos se hallaron en el estado ordinario, tan solo la vejiga de la hiel apareció llena de una bilis negra.

Debemos observar que muchas personas de las que asistieron á esta autopsia consideraron como efectos de la putrefaccion las lesiones observadas en el sistema nervioso.

VII.ª OBSERVACION.

Cólico saturnino seguido del coma y resolucion de los miembros. Muerte cinco dias despues de la invasion. Mucosa intestinal descolorida y sana.

Un rebocador de edad de 18 años sintió repentinamente el 2 de abril de 1829 los accidentes del cólico de plomo. El médico á quien llamó, le trató por medio de los sudoríficos y demulcentes. Estos remedios no produjeron ningun efecto ventajoso: vomitó el enfermo una porcion de materias verdosas y biliosas, y cayó en un estado comatoso. Entonces, el 5 del mismo mes, le condujeron á las salas de M. Lerminier, y hé aquí su estado: presentaba el aspecto de un hombre medio dormido, sus pupilas se hallaban un poco contraidas; sin embargo dirigia la vista hácia los objetos que se le presentaban; la sensibilidad no estaba destruida, porque cuando se le tocaba daba un quejido sordo, y retiraba con bastante viveza la parte donde se le molestaba; tenia los miembros en un estado completo de resolucion; la presion en el vientre no producia dolor; el pulso era lento y un poco duro. (*Se prescribieron 24 sanguijuelas detras de las orejas, una lavativa de ziniente de linaza con sulfato de sosa, una tisana de cebada con dos dracmas de ojimiel, y sinapismos á las piernas*).

El dia 6 subsistia todavía el estado comatoso, las pupilas se hallaban muy dilatadas; habia un poco mas de sentimiento, cuando se le pellizcaba daba siempre un gemido sordo; la piel estaba caliente y un poco madorosa; el pulso tranquilo, la lengua limpia y húmeda; cuando se comprimia el epigastrio exhalaba el enfermo un quejido profundo. (*Sangría de tres tazas, lavativas con dos onzas de aceite de ricino, cebada con ojimiel para bebida.*)

La sangre procedente de la sangría se cubrió de costra inflamatoria. Los sudores se hicieron mas abundantes en el resto del dia; por la tarde daba el enfermo frecuentes gemidos, tenia la cara encendida é inclinaba la cabeza hácia atrás, pero sin rigidez.

El dia 7 á la hora de la visita de la mañana se hallaba su cuerpo cubierto de sudor, se oia el estertor traqueal, el pulso era lleno, la vejiga estaba distendida por la orina, habia estrabismo intermitente, y la inclinacion de la cabeza hácia la parte posterior se hacia cada vez mas considerable. (*Pocion aromática ordinaria con adicion de cinco granos de kermes mineral, veinte y cuatro sanguijuelas al cuello, y dos vejigatorios á los muslos*).

En el sesto dia se agravó cada vez mas el estado del enfermo, que espiró á las siete de la tarde.

ABERTURA DEL CADAVER.

(*Treinta y seis horas despues de la muerte*).

El cerebro apareció algo mas consistente que en el estado ordinario, y el interior de su sustancia ofrecia un salpicado rojo. La médula espinal estaba consistente y sana. El líquido céfalo-raquidiano era menos abundante en la parte inferior del canal vertebral.

Pulmones. Su superficie se hallaba barnizada de un líquido viscoso y pegajoso, poco abundante. El izquierdo estaba hepatizado en toda su parte posterior; el lóbulo inferior de los dos pulmones tenia una grande ingurgitacion, y su cara anterior un enfisema interlobular; el corazon era enorme, todas sus cavidades se hallaban dilatadas, y las paredes del ventrículo izquierdo hipertrofiadas.

Abdomen. Se percibieron algunas ligeras manchas rojas en un punto del estómago próximo al cardias. El resto del conducto intestinal se hallaba completamente sano: solo hácia la terminacion de los intestinos delgados se notaban algunos folículos aislados, hipertrofiados de un modo ligero. La membrana mucosa intestinal estaba blanca. Hácia la terminacion de los intestinos gruesos se encontraron en gran cantidad materias fecales poco consistentes, y finalmente en la cavidad de los intestinos y del estómago habia muchos gases.

En este caso no se hallaron lesiones graves sino en los pulmones.

VIII.ª OBSERVACION.

Cólico saturnino en el que se empleó el método modificado de la Caridad. Aparicion de síntomas nerviosos al cabo de un mes. Muerte. Intestinos en estado sano.

El 28 de noviembre de 1824 entró en la Caridad un hombre de 46 años de edad, empleado en la manufactura de Clichy, á quien se colocó en la sala del catedrático M. Fouquier. Los principales síntomas que presentaba son los siguientes: dolor en el vientre, y con especialidad en el trayecto del colon, constipacion, dolor de cabeza, el vientre deprimido. Este enfermo fué tratado por el método de la Caridad modificado por M. Fouquier, sin esperimentar un alivio manifiesto: los dolores cólicos persistieron por mucho tiempo molestándole casi todos los dias.

Tal era la situacion del enfermo cuando el 2 de enero de 1825 sintió un poco de ingurgitacion y hormigueo en los miembros. A las dos del dia 3 dió fuertes gritos, y fué acometido de convulsiones, á las que siguió la pérdida de

la palabra y movimiento. En la mañana siguiente á la hora de la visita tenia la cara pálida, la mirada fija, la cabeza inclinada al lado derecho, las facultades intelectuales abolidas, y la sensibilidad enteramente destruida; el movimiento que al principio era nulo se habia restablecido un poco, el enfermo llevaba de cuando en cuando la mano á la boca, y movia bastante bien las piernas. (*Sangria general; cataplasmas sinapizadas á las piernas; tisana laxante, etc.*) Los sinapismos no produjeron ningun efecto. El dia 7 se hallaban los ojos enteramente inclinados al lado derecho; el enfermo comprendia algo mejor las preguntas que se le dirijian, el pulso era pequeño, habia movimientos convulsivos y gorgoteo considerable en las fauces y en el pecho. (*Vegigatorios á las piernas.*) Por la noche dió algunos gritos sordos é inarticulados, y murió.

ABERTURA DEL CADAVER.

El aspecto de la cara demostraba que la muerte habia sido penosa: las facciones se hallaban inclinadas hácia el lado derecho. Abierto el abdomen se encontró sano el estómago, y los intestinos nada ofrecian de notable sino el hallarse contraidos y ligeramente estrangulados de trecho en trecho sin vestigio alguno de inflamacion. La superficie esterior del celebro aparecia inyectada, y su sustancia un poco mas densa que en el estado normal; los ventrículos no contenian serosidad; la médula espinal estaba sana.

ARTICULO II.

SÍNTOMAS DEL CÓLICO DE PLOMO.

No insistiremos en este lugar acerca de los síntomas comunes del cólico de plomo, pues su descripcion se encuentra en todas partes. Tan solo notaremos las siguientes particularidades: no es exacto que el dolor abdominal propio de este cólico disminuya constantemente por la presion; pues esta en un gran número de casos, ni aumenta ni disminuye el dolor, y aun muchas veces le *hace mas intenso*. Sin embargo, en estas diferentes circunstancias permanecen en el mismo estado los demas síntomas de la enfermedad, y aprovecha el mismo tratamiento. Tampoco el abdomen se halla constantemente retraido, ni las paredes abdominales deprimidas y hundidas hácia el ombligo. Tal vez es bastante comun que el abdomen conserve su forma, y aun se halle mas desarrollado que habitualmente, lo que parece depender de la distension de los intestinos por los materiales y por los gases. El fenómeno mas invariable es la constipacion que precede á los dolores,

y la disminucion de estos cuando empiezan á restablecerse las cámaras.

Mas no es únicamente el tubo digestivo el órgano afectado en los sugetos que han absorvido las moléculas saturninas por diversas vias. Con mucha frecuencia influyen las referidas moléculas de un modo bien notable en el sistema nervioso ; de lo cual, segun las idiosincrásias, las porciones de este sistema afectadas con especialidad, ó en fin el grado de su afeccion, resultan diversos accidentes, que por lo general se manifiestan en los órganos de la vida de relacion, y algunas veces tambien en los de la vida nutritiva.

Por lo comun consisten estos desórdenes nerviosos en dolores que sienten los enfermos en los miembros, y con especialidad en los brazos: estos dolores preceden muchas veces al cólico, y aun algunas son el único accidente que presenta, no trastornándose las funciones del tubo digestivo ; de donde se infiere, contra la opinion de algunos autores, que no son puramente simpáticos de la afeccion intestinal. Tales dolores van por lo regular acompañados de una debilidad no acostumbrada de la accion muscular de la parte donde se desarrollan, cuya debilidad se transforma poco á poco en una verdadera paralisis, de modo que hallamos en este caso reunidas la exaltacion de la sensibilidad normal y la disminucion de la movilidad. Lo que acontece entonces en los miembros parece estar en relacion de naturaleza con lo que se verifica en los intestinos, donde al mismo tiempo que hay produccion de dolores, parece existir tambien disminucion de la fuerza de contractilidad normal de la túnica muscular como tambien de la susceptibilidad de la membrana mucosa, que soporta impunemente el contacto de los drásticos mas violentos.

La paralisis mas general en los individuos que manejan el plomo, es la de los músculos estensores de la mano, resultando á consecuencia de la falta de equilibrio de la accion muscular un predominio habitual de la contraccion de los músculos flexores, y la flexion permanente de la muñeca que se conserva inclinada formando casi ángulo recto con los huesos del antebrazo. Tambien acontece que los dedos se inclinan sobre el metacarpo, y finalmente las falanges unas sobre otras.

Tal paralisis no sobreviene por lo general sino en los que llevan mucho tiempo trabajando en las preparaciones del plomo, y han padecido repetidas veces el cólico. Sin embargo, la hemos visto sobrevenir en algunos casos en que hacia muy poco que los enfermos se hallaban sometidos á la influencia del

plomo, y aun no habian padecido el cólico. Algunas veces se disipa con bastante prontitud, otras solo desaparece al cabo de un tiempo muy largo, y por último, otras es incurable.

No siempre se limita á la muñeca la paralisis debida á las preparaciones del plomo, pues la hemos visto invadir la totalidad de los miembros torácicos que se hallaban en una completa inmovilidad. Dos veces hemos tenido ocasion de abrir cadáveres de sugetos que padecian esta especie de paralisis. Uno de ellos tenia al mismo tiempo el cólico cuando entró en la Caridad (es uno de los que hemos citado al ocuparnos del tubo digestivo). El otro habia padecido antiguamente el cólico, y no ofrecia ningun indicio de él cuando se sometió á nuestra observacion. En el primero solo contaba la paralisis algunas semanas de duracion; en el segundo se elevaba á muchos meses. En ambos no podian ejecutar los miembros torácicos ningun movimiento; elevándolos volvian á caer como masas inertes; sin embargo, de cuando en cuando se desarrollaban dolores vivos, y se habia conservado la sensibilidad de la piel. En los dos se hallaba en buen estado la inteligencia, y la palabra libre. Finalmente, sucumbieron del mismo modo: su respiracion se dificultó de repente, se estableció el estertor traqueal, y murieron en un estado de asfixia casi como los animales en quienes se practica la seccion de los nervios neumo-gástricos, cuando sobreviven algunos dias á la operacion, y sucumben á consecuencia de la ingurgitacion de los pulmones.

Segun el conjunto de síntomas observados durante la vida, esperamos hallar alguna alteracion orgánica mas bien en la prolongacion raquidiana que en el celebro. Nada notable nos ofreció la masa encefálica examinada cuidadosamente en sus diversas partes. El conducto raquidiano contenia una pequeña cantidad de serosidad trasparente, como la que se encuentra en la mayor parte de los cadáveres. Las cubiertas de la médula espinal estaban pálidas; la misma médula, examinada desde su punto de union con la protuberancia anular hasta la espansion que la termina inferiormente, no nos presentó ninguna alteracion apreciable en su color, consistencia y conjunto de propiedades físicas. Del mismo modo se hallaban exentos de lesion el plexo nervioso del cuello, los cordones nerviosos que nacen de él, y los nervios neumo-gástricos, desde su orígen hasta su terminacion en el estómago. Los pulmones estaban simplemente ingurgitados. Los demas órganos del torax y del abdomen se encontraban sanos, esceptuando el estómago de uno de los enfermos, que estaba reblandecido en una pequeña parte de su estension como ya queda dicho anteriormente.

No cabe duda que en estos dos individuos se hallaría gravemente alterado algun punto del eje cerebro-espinal; pero esta alteracion tan solo se reveló por los síntomas, y de ningun modo por la anatomía.

En otros, pero en menor número, hemos comprobado la existencia de una paraplegia completa ó incompleta, con exaltacion de la sensibilidad y dolores en los miembros paralizados. En muchos no se hallaron afectados los miembros superiores, habiendo en algunos debilidad mas ó menos grande en los abdominales.

A veces hemos observado en lugar de la paralisis movimientos convulsivos y accesos epileptiformes, de lo que sirve de ejemplo la siguiente historia.

IX.ª OBSERVACION.

Cólico saturnino. Síntomas de epilepsia. Muerte repentina. Ninguna lesion apreciable en el cadáver.

Un revocador, de 38 años de edad, se hallaba con el cólico cuando entró en la Caridad. Al siguiente dia de su entrada tuvo un ataque de epilepsia, que se prolongó por mucho tiempo, y fué seguido de un estado apoplectiforme, el cual duró de treinta á cuarenta horas, pareciendo que el enfermo se hallaba en la agonía. Sin embargo, se disiparon estos síntomas graves, recobró el paciente su inteligencia y la libertad de los movimientos; pero las facultades intelectuales se conservaron algo obtusas. La cara se hallaba pálida y y espresaba el cansancio, siendo los dolores del cólico poco intensos. De esta manera se pasaron algunos dias, y una tarde en el momento que el enfermo iba á meterse en la cama, que habia dejado por una ó dos horas, se le alteraron de repente las facciones, y murió inopinadamente.

ABERTURA DEL CADAVER.

(14 *horas despues de la muerte.*)

Las meninges estaban pálidas, el encéfalo no ofrecia ningun vestigio de congestion sanguínea, presentando apenas sus cortes algunos puntos rojos; en los ventrículos habia una pequeña cantidad de serosidad. Nada notable existia en el resto de las partes nerviosas contenidas en el cráneo, inclusos tanto los centros como los cordones nerviosos, ni tampoco en la médula espinal y nervios que nacen de ella. En el mismo estado normal se encontraron los gánglios toráxicos del gran simpático, los nervios á que dan origen, los ganglios semilunares, y los plexos abdominales. El parenquima pulmonar, el corazon y los vasos gruesos se hallaban sanos; en el abdomen no existian mas que algunas ligeras lesiones del tubo digestivo indicadas ya anteriormente.

Por último, hemos visto á otros sugetos atacados del cólico saturnino que han muerto de repente, aunque sin presentar, como el enfermo anterior, ningun síntoma nervioso notable, y en los que la abertura del cadáver tampoco ha demostrado la existencia de lesiones apreciables del sistema nervioso: tal es el siguiente caso.

X.ª OBSERVACION.

Cólico saturnino. Perdida repentina del conocimiento, y muerte. Ninguna lesion apreciable en el cadáver.

Un plomero, de edad de 50 años, entrò en la Caridad con el cólico. A los tres dias perdiò repentinamente el conocimiento. Llamado el cirujano de guardia le encontró en el siguiente estado: decúbito dorsal, vista fija, cara pàlida, facciones inmòviles, boca medio abierta, falta completa de las facultades intelectuales, resolucion de los cuatro miembros, de modo que levantados caian como masas inertes: punzando y pellizcando la piel no daba ningun signo de sensibilidad; el pulso era débil y lento, y la respiracion tambien lenta. Murió una hora despues de la invasion de estos accidentes.

Este sugeto murió evidentemente de la fluxion cerebral; sin embargo, no presentaron ninguna lesion notable el sistema cerebro-espinal, ni sus cubiertas, hallándose tambien los demas órganos en estado sano.

Tampoco ha hallado M. Louis (1) lesiones capaces de esplicar la muerte ni en el cerebro y sus dependencias, ni en los otros órganos, en un enfermo atacado del cólico de plomo, de que ya antes hemos hablado, y que murió aun mas repentinamente que el sugeto cuya historia acabamos de referir. El enfermo de M. Louis acababa de beber un caldo que habia pedido, y cuatro ó cinco minutos despues el mismo enfermero que le habia llevado el caldo oyó ruido, y acudió al paciente, al cual encontró en el suelo; le levantó, le colocó en su cama, y le hizo respirar un poco de vinagre para disipar su *debilidad*, pero falleció casi al instante.

Un corto número de los obreros destinados á las preparaciones del plomo, recibidos en la Caridad y en las salas de M. Lerminier han presentado síntomas nerviosos diferentes de los anteriores, y que consistian en palpitaciones, en una gran cefa-

(1) *Loc. cit.* Añàdanse á estos hechos los que hemos citado anteriormente tomados de la tesis de M. Martin.

lalgia, en una disnea que se reproducía por accesos, en tos fatigosa, semejante á la que se llama nerviosa y suele aparecer en las mujeres histéricas, y en una sensacion hácia la region precordial, que coincidiendo con la ingurjitacion del brazo recordaba algunos de los caractéres de la angina de pecho. Tal vez son necesarias nuevas observaciones para poder afirmar que estos diversos accidentes son un resultado indudable de la influencia del plomo. ¿No habrá simplemente coincidencia de fenómenos en mas de un caso? Solo observaremos en este lugar que por una parte tales fenómenos morbosos existian en sugetos que manejaban las preparaciones del plomo, y que por otra los hemos visto ceder con el mismo tratamiento del cólico.

ARTICULO III.

TRATAMIENTO DE LOS ACCIDENTES CAUSADOS POR LAS PREPARACIONES DEL PLOMO.

Muchos médicos recomendables tratan en el dia el cólico de plomo como lo ejecutaba De Haën por un método puramente antiflogístico. Es indudable que gran número de enfermos tratados de esta manera se curan perfectamente; pero no podemos menos de hacer observar respecto de esto que siempre que el cólico es moderado, se libertan de él los enfermos espontáneamente al cabo de algun tiempo mas ó menos largo, con tal que dejen de manejar el plomo. Por lo demas no pretendemos juzgar aquí los resultados de semejante práctica; nos limitamos á referir lo que hemos visto, pues no estamos formando un tratado de patológia, y sí solo reuniendo materiales para su redaccion. Entre unas quinientas observaciones recojidas en la sala de M. Lerminier acerca de las enfermedades producidas por las preparaciones saturninas no dudamos deducir con relacion al tratamiento las cuatro siguientes conclusiones:

1.° Los cólicos saturninos tratados por las emisiones sanguíneas y bebidas emolientes son en general de mas larga duracion que los tratados por el método de la Caridad.

2.° Muchos cólicos que se resisten al tratamiento antiflogístico, ceden con prontitud al referido método de la Caridad.

3.° Nunca hemos visto que falte este tratamiento contra el cólico; tan solo sucede con frecuencia que es necesario volverle á empezar por dos ó tres veces continuadas para que se complete la curacion. En otros enfermos basta que se soliciten algunas evacuaciones por arriba ó por abajo, para que cesen todos los síntomas.

4.° Dirigido el tratamiento de la Caridad con prudencia y en tiempo oportuno no nos ha parecido que determina ninguna especie de accidente; sin duda es muy notable que puedan ponerse en contacto con la membrana mucosa intestinal drasticos tan enérgicos sin inflamarla, sin ocasionar calentura, sin modificar el estado de la lengua, y sin producir trastorno de ninguna especie; pero no debe olvidarse que el tubo digestivo se encuentra en circunstancias enteramente especiales. ¿No vemos tambien en ciertas enfermedades nerviosas que varios agentes terapéuticos no conservan su manera acostumbrada de obrar? En efecto pueden administrarse enormes dosis de ópio en el tétanos y acontece con frecuencia que el tártaro emético no hace vomitar en la apoplegía, y que en otras afecciones cerebrales no producen ninguna evacuacion las lavativas preparadas con medicamentos drásticos.

Entran á menudo en la Caridad obreros que padeciendo el cólico de plomo desde algun tiempo antes se han aplicado en su casa un gran número de sanguijuelas al abdomen, han tomado baños, y se han sujetado á la dieta láctea. Algunos de estos se han aliviado, pero ninguno se ha curado completamente: persiste la constipacion, sienten con mas ó menos viveza los dolores abdominales, etc., etc., y entrando en tal estado en la Caridad no tardan en recobrar su salud bajo la influencia del tratamiento drástico. Hemos visto otros muchos que no habian conseguido ningun alivio usando los antiflogísticos, y á quienes el tratamiento de la Caridad ha curado igualmente de un modo pronto y completo.

Por otra parte ninguna duda puede quedar acerca de la eficacia real de un método terapéutico, cuyos efectos son bien pronunciados. Obsérvese é interróguese á los enfermos: apenas han empezado á evacuar con abundancia por arriba y por abajo, cesan como por encanto los dolores intolerables que esperimentaban; su fisonomía profundamente alterada recobra de repente un aspecto natural; y se felicitan á sí mismos de su pronto restablecimiento. Los que han tenido el cólico anteriormente y se han librado ya de él por el tratamiento de la Caridad, solicitan con instancias que se les propine, y no dudan de su buen éxito.

¿Convendrá administrar tambien el tratamiento ordinario cuando hay calentura y la presion del abdomen aumenta considerablemente el dolor? Lo que hemos observado acerca de esto es que en muchos individuos ha tenido que suspenderse el tratamiento empezado á pesar de dichos síntomas, porque bajo su influencia se empeoraba el estado de los enfermos; pero otras veces no ha sido menos ventajoso el método curativo empleado

en las mismas circunstancias: á medida que se establecen las evacuaciones recobra el pulso su ritmo fisiológico, disminuye el calor de la piel, y desaparecen los dolores. ¿No habrá entonces mas que apariencias de inflamacion, al paso que esta existirá realmente en el primer caso (1)?

¿Ceden al mismo medio de tratamiento que el cólico de plomo los diversos síntomas nerviosos que le acompañan ó siguen, y que tambien pueden existir sin él? no es tan grande la certidumbre del éxito del tratamiento en tales casos. Sin embargo creemos que debe ensayarse, y hemos visto en efecto que durante su administracion se han disipado completamente ya la paralisis, ya otros muchos accidentes nerviosos designados anteriormente.

Hace poco hemos recojido la historia de un revocador, que sin haber tenido nunca el cólico llevaba cinco meses sufriendo dolores fuertes en la cabeza, que se consideraron como reumáticos, y se trataron inútilmente por medio de las emisiones sanguíneas, y los baños de vapor simples y sulfurosos. El 23 de setiembre de 1826 entró en la Caridad, se le sometió el tratamiento ordinario del cólico saturnino, y salió curado. En cuanto á la paralisis es necesario que sea reciente é incompleta para que se disipe bajo la influencia del tratamiento ordinario del cólico. En los demas casos en que existe es preciso emplear medicamentos que esciten directamente la contractilidad muscular. Con este objeto hemos visto usar con éxito vario los vegigatorios aplicados á diferentes puntos de los brazos, y en las inmediaciones del plexo braquial, diversas fricciones y baños estimulantes, las diferentes preparaciones de la nuez vómica, ya su estracto, ya la estricnina, ó en lugar de esta última otro alcalí vegetal que teniendo un modo de accion análogo puede manejarse mas fácilmente en razon de su menor energía (2). Los siguientes hechos darán una idea del modo de accion de estos dos alcalís y de su influencia en la paralisis producida por las

---

(1) Recientemente hemos empleado en la Piedad el aceite de croton tiglium en algunos casos de cólicos saturninos, resultando su pronto alivio, y consiguiéndose con rapidez una completa curacion, acerca de lo cual podrá juzgarse en vista de los casos publicados por uno de nuestros discípulos el doctor Doret en su *thesis*.

(2) En otro punto hemos demostrado (*Journal de physiologie esperimentale*, tomo III, y *Annales du Cercle Medicale*, tomo III) que se necesitan seis granos de brucina pura para producir los efectos de un grano de estricnina impura, y de un cuarto de grano de la misma siendo pura.

preparaciones saturninas; á los que añadiremos como objeto de comparacion algunos otros casos en que se han empleado los mismos álcalis contra otras especies de paralisis.

A.—*Uso de la estricnina.*

La estricnina que se administró á los enfermos, cuyas historias vamos á referir, era lo mas pura posible: se la privó enteramente de la brucina, con la que se conservaba mezclada en las primeras preparaciones hechas por M. Pelletier. Se propinó en forma de píldoras, algunas de las cuales contenian tan solo un dozavo de grano de álcali, y las otras un sesto.

I. Entró en el hospital un revocador que habia tenido muchas veces el cólico, y se hallaba sin movimiento alguno en las dos manos, que permanecian habitualmente dobladas sobre los antebrazos. Esta paralisis existia ya un mes antes, y se habia combatido en vano por medio de fricciones estimulantes hechas en los antebrazos Tomò dos píldoras de un dozavo de grano, una por la mañana y otra por la tarde. Segun su espresion esperimentó una dolorosa vibracion en los músculos estensores de las manos. En los tres dias siguientes tomò las mismas dosis, que produjeron los mismos efectos. En el quinto, sesto y sétimo dia cuatro píldoras, dos por la mañana y dos por la tarde: sufrió ligeras sacudidas en los miembros y contraccion espasmódica de los estensores de los dedos, durante la cual permanecian estos muy vueltos hàcia el dorso de la mano, pareciendo disminuir la paralisis. Entonces se administraron píldoras de un sesto de grano, empezando por una, y elevando la dosis hasta cuatro al cabo de ocho dias. Durante este tiempo esperimentò ligeras sacudidas, saliendo bien pronto del hospital sin tener mas que un poco de debilidad en las manos.

En este sugeto no se hubiera podido sin peligro elevar la dosis de la estricnina á mas de dos tercios de grano por dia.

II. Un moledor de colores se hallaba afectado desde una época casi igual que el precedente de la misma enfermedad. Una sola píldora de un dozavo de grano determinò un ligero trismus y un principio de rigidez tetánica de los músculos de la nuca, del abdomen y de los miembros. Al siguiente dia tomó otra píldora, y cual si se hallase habituado al medicamento, solo esperimentó algunas contracciones espasmódicas en los miembros. A los seis dias se le dieron dos píldoras por la mañana y otra por la tarde, que le produgeron contracciones violentas en los dos brazos. Se continuò el uso de la estricnina à esta última dosis cosa de quince dias, y al cabo de este tiempo se disipó enteramente la paralisis.

III. Un aleman de constitucion fuerte, y atacado hacia tiempo de una paralisis de los estensores de las dos manos à consecuencia del influjo de las preparaciones saturninas, tomò una píldora de un dozavo de grano sin sen-

fir ningun efecto, y se elevó la dosis hasta tres píldoras con la misma impunidad. Empezó á sufrir algunas sacudidas á la dosis de un tercio de grano, que se elevó con bastante rapidez á poco mas de un grano. Solo entonces fué cuando hubo fuertes contracciones que obligaron á reducir la cantidad del medicamento á un grano. Por otra parte no esperimentó el paciente ningun alivio.

Comparando esta observacion con la precedente puede verse cuán variada es la accion de la estricnina segun las susceptibilidades de los sugetos.

IV. Un hombre que manejaba habitualmente el albayalde (subcarbonato de plomo) tenia el mismo género de paralisis que los precedentes. Una píldora de un dozavo de grano produjo en él un trismus violento. Al dia siguiente se le administró otra píldora, y como el enfermo de la observacion II, no sintió ningun efecto. Dos píldoras ocasionaron sacudidas bastante fuertes en los miembros. En muy corto espacio de tiempo se elevó la dosis de estricnina á dos tercios de grano, de cuya cantidad no pudo pasarse en atencion á los síntomas de tétanos que se desarrollaron. Cuando el enfermo salió del hospital se hallaba menos paralizado.

V. En un alfarero paralizado como los precedentes se elevó la dosis de la estricnina en el espacio de doce dias hasta un grano, sin producir mas que algunas contracciones débiles. Se aumentó aun la dosis, y desde entonces se notó apretamiento de las mandíbulas é inclinacion de la cabeza hácia atrás. Asustado el enfermo con estos accidentes no quiso tomar mas píldoras, y salió del hospital sin aliviarse.

VI. Entró en el hospital atacado de paraplegia incompleta un hombre á quien se habia tratado en vano con los vegigatorios, las moxas y los cauterios aplicados á la region lumbar, mas no tenia ninguna deviacion de la columna vertebral. Una píldora de un dozavo de grano no produjo ningun efecto, dos ocasionaron ligeras sacudidas en los miembros inferiores, se propinaron cuatro (un tercio de grano, y esperimentó el enfermo dolores bastante vivos en la region lumbar, poniéndose al mismo tiempo rígidos los miembros inferiores, y aumentándose de un modo notable la paraplegia. Hubo que cesar en el uso de la estricnina.

En este sugeto es probable que la paraplegia fuese resultado de una lesion de la médula que parece agravó la estricnina.

VII. Hacia mucho tiempo que se hallaba atacado un viejo de una paraplegia completa; tomó tres píldoras de un dozavo de grano, sin que le produjeran ningun efecto, cuatro píldoras (un tercio de grano) ocasionaron ligeras contracciones en los cuatro miembros. Se cesó en el uso del remedio.

VIII. En consecuencia de un ataque antiguo de apoplegia habia quedado hemiplégtico un hombre en quien una píldora de un dozavo de grano bastó pa-

ra determinar una gran rigidez tetánica en los miembros paralizados. Los siguientes dias aun cuando no se continuó el uso de la estricnina, sintió el paciente dolores violentos de cabeza en el lado opuesto al de la hemiplegia, se entorpeció su inteligencia, y se aumentó la paralisis; en una palabra, presentó muchos de los síntomas que caracterizan el reblandecimiento del celebro. ¿Determinará en tales circunstancias la estricnina un principio de inflamacion al rededor del foco apoplético antiguo?

B. — *Uso de la brucina.*

Las píldoras de brucina administradas á los enfermos cuyas observaciones insertamos á continuacion, se componian cada una de medio grano de álcali, y antes de todo nos aseguramos, por medio de esperimentos hechos en animales, que esta dósis no producia ningun accidente temible.

I. Hacia cerca de dos meses que tenia una paralisis en las manos un moledor de colores, tomó una píldora sin sentir ningun efecto, dos produjeron sacudidas muy ligeras en los brazos, y cuatro ocasionaron contracciones bastante fuertes. Salió curado.

II. Otro moledor de colores, tambien paralítico, tomó hasta cuatro granos de brucina sin percibir ningun efecto sensible; á la dósis de cuatro granos y medio esperimentó una especie de hormigueo en los brazos, y á la de cinco granos sacudidas bastante fuertes sin accidentes graves. La paralisis disminuyó notablemente.

III. Un revocador paralizado de las manos no empezó á sentir algunas sacudidas sino á la dosis de dos granos. Tres ocasionaron un trismus bastante fuerte, y el enfermo esperimentó solo una ligera mejoría.

IV. Un hombre que manejaba el plomo, y se hallaba paralizado como los precedentes, esperimentó, despues de tomar cuatro granos y medio de brucina rigidez tetánica de los cuatro miembros; pero no se alivió.

V. Despues de haber tomado tan solo dos granos de brucina un paraplético, percibió un vivo dolor en las plantas de los pies, y se hicieron los miembros inferiores el asiento de contracciones violentas. Su estado no se mejoró.

De estas observaciones creemos poder deducir los siguientes corolarios:

1.° La estricnina pura obra sobre el hombre como el estracto de la nuez vómica, pero con mayor intensidad.

2.° Es tan enérgica la accion de la estricnina que no debe emplearse sino con las mayores precauciones. Por otra parte sus efectos varian de un modo notable, segun la susceptibilidad de los sugetos, por manera que en uno basta un dozavo de grano

para determinar los mas graves accidentes (Obs. II), al paso que en otros puede elevarse la dósis impunemente hasta algo mas de un grano. (Obs. III.)

3.° La brucina obra en el hombre como en los animales: es menos enérgica que la estricnina, puesto que puede empezarse á administrar sin inconveniente á la dósis de medio grano, y reemplazar ventajosamente como remedio al álcali de la nuez vómica.

4.° Considerando á la brucina y á la estricnina bajo el punto de vista de sus propiedades terapéuticas, se manifiestan mas ó menos eficaces, segun las especies de paralisis que se pretenden combatir con ellas. Empleadas en los casos en que la paralisis se halle complicada con un estado inflamatorio del celebro ó de la médula, agravarán notablemente los accidentes. En los individuos que quedan hemipléticos á consecuencia de una hemorragia celebral, es por lo comun inútil el uso de estos álcalis, y aun debe temerse que produzcan una inflamacion de la sustancia del celebro al rededor del foco apoplético (Obs. VIII). Pero hay casos en que como por una especie de hábito parece que persiste todavía la paralisis despues de la absorcion del derrame, y entonces puede ceder á los álcalis de la nuez vómica, y de la angostura falsa. Por último, estos mismos álcalis pueden sobre todo ser eficaces contra las paralisis, cuya causa parece no consistir en una lesion inflamatoria de los centros nerviosos: tal es en particular la especie que tan frecuentemente padecen los individuos dedicados á manejar las preparaciones saturninas. Las precedentes observaciones atestiguan la eficacia de la brucina y de la estricnina en estas paralisis: entre nueve individuos seis se han curado, ó cuando menos aliviado. Pudiéramos citar otros casos de paralisis del mismo género que han cedido del mismo modo al estracto alcohólico de la nuez vómica (1).

---

(1) Se sabe que la ciencia debe al catedrático M. Fouquier los primeros ensayos terapéuticos que se han hecho acerca de esta sustancia.

ARTICULO IV.

NATURALEZA DEL COLICO DE PLOMO.

¿Es este eólico producto de una inflamacion gastro-intestinal? En la actualidad podemos responder negativamente á esta cuestion. Con efecto, sería una gastro-enteritis singular aquella que no presentára ningun vestigio en los cadáveres, y que siendo bastante intensa para producir los mas atroces dolores, no ocasionase nunca calentura, y se curase siempre con seguridad por medio de los medicamentos mas á propósito para exasperarla si existiese realmente. Si algun hecho hay en medicina de que estemos convencidos, es que el cólico de plomo no consiste en una inflamacion. Considerando los diferentes accidentes nerviosos que le complican, y que pueden tambien existir sin él, nos inclinaremos á creer que los síntomas desarrollados en las vias digestivas de los sugetos sometidos á la influencia de las preparaciones saturninas, son un resultado del trastorno producido por estas en las funciones de la parte de los centros nerviosos que preside esencialmente á las del tubo digestivo. El cólico de plomo es, pues, para nosotros una neurose, en la que parecen afectarse particularmente la prolongacion raquidiana y los plexos abdominales del gran simpático. En cuanto á la constipacion juzgamos que depende ó de la suspension del movimiento contractil de los intestinos, ó de la falta de secrecion del moco intestinal.

ARTICULO V.

OBSERVACIONES ACERCA DE ALGUNOS ESTADOS MORBOSOS, QUE POR SUS SINTOMAS Y TRATAMIENTO TIENEN MAS O MENOS ANALOGIA CON LOS ACCIDENTES PRODUCIDOS POR LAS PREPARACIONES DEL PLOMO.

Los síntomas del cólico de plomo se presentan á veces en sugetos que no han sufrido la influencia de ninguna preparacion saturnina: entonces parece que se produce espontáneamente la modificacion que imprime la accion del plomo en el sistema nervioso, de donde resultan iguales accidentes que ceden al mismo tratamiento mas ó menos modificado. Citamos respecto de esto

el siguiente hecho, elegido entre otros muchos semejantes observados en la Caridad.

XI.ª OBSERVACION.

Dolores abdominales que simulan al cólico de plomo. Administracion repetida del aceite de ricino. Curacion.

Un hombre de 38 años de edad y constitucion robusta llevaba algunos dias sin mover el vientre, cuando al irse á desayunar en la mañana del 22 de junio fué acometido de repente de vivos dolores abdominales, que tenian su asiento sobre la circunferencia del ombligo. Tomó una pocion opiada, y durante el dia disminuyeron algo los dolores; mas por la noche volvieron á aparecer con una intensidad mayor. Le vimos al siguiente dia por la mañana en el estado que vamos á referir.

La cara pálida espresaba la mas viva ansiedad; los ojos estaban empañados y tristes; los dolores del abdomen eran muy vivos é insoportables; la presion no los exasperaba ni los calmaba; no habia movimiento de vientre; la lengua estaba natural, y no existian vómitos ni calentura. Se administraron dos onzas de aceite de ricino, que produjeron muchas y abundantes evacuaciones alvinas. Desde la tarde se alivió notablemente el enfermo, y por la noche durmió bien. El dia 24 tomó tambien aceite de ricino. El 25 no sentia ningun dolor. El 26 se presentaron en el vientre unos granitos rojos y cónicos, que desaparecieron á los dos dias. Salió el dia 29 enteramente curado.

En el caso antecedente cedieron con facilidad los dolores abdominales desde que se restablecieron las cámaras. En otros enfermos han sido mucho mas pertinaces los referidos dolores, cesando por intervalos para reproducirse despues. Uno hemos observado, en quien persistieron por mas de un mes, no de un modo contínuo, sino presentándose por accesos irregulares, que cada vez dejaban entre sí intervalos mas largos, y eran menos intensos, acabando por desaparecer. En este caso observamos ademas un fenómeno, que no nos habian ofrecido los demas enfermos: cuando aparecia el dolor se manifestaba en un punto del abdomen un tumor muy duro, formado al parecer por la aglomeracion de las circunvoluciones intestinales; tumor que persistia mientras duraba el dolor, y desaparecia con él, quedando entonces el abdomen blando é indolente: por otra parte nunca hubo la menor apariencia de calentura. En los primeros tiempos de esta enfermedad se hicieron numerosas aplicaciones de sanguijuelas al abdomen, sin obtener ningun resultado ventajoso; en seguida se administró repetidas veces el aceite de

ricino, que siempre produjo copiosas evacuaciones ventrales, y tambien se dieron en varias épocas diversas preparaciones de opio.

Hay otra especie de cólico que presenta síntomas mucho mas inflamatorios que el precedente, y es el que reconoce por causa la influencia habitual del cobre. Obsérvase con frecuencia en la Caridad entre los fundidores de cobre y los obreros que fabrican con este metal diferentes instrumentos. Se diferencia del cólico saturnino: 1.°, por la menor intensidad de los dolores; 2.°, por la existencia de la diarrea; y 3.°, por la mayor frecuencia de un movimiento febril coexistente: en una palabra, parece ser mas bien que un cólico de plomo, el resultado de una verdadera inflamacion del tubo digestivo. Sin embargo, en semejante caso hemos visto á Mr. Lerminier dar con frecuencia y con buen éxito los evacuantes enérgicos que forman la base del tratamiento del cólico de plomo. Al principio se aumenta artificialmente el número de las cámaras, pero disminuye en seguida, y despues que se verifican copiosos vómitos y abundantes deyecciones alvinas, se restablece la salud. ¿No parece en este caso que el buen efecto de los purgantes es debido á que por su medio se espelen con mas prontitud de la economía las partículas metálicas que causan los accidentes?

Recordaremos con especialidad un solo hecho de este género, notable por los síntomas de disenteria que presentó.

XII.ª OBSERVACION.

Cólico de cobre. Síntomas de disenteria. Tratamiento ordinario del cólico de plomo. Rápida curacion.

Un fundidor de cobre de 50 años de edad, que disfrutaba habitualmente de buena salud, hacia ya unos quince dias, cuando entró en la Caridad, que esperimentaba dolores abdominales, los cuales adquirian por intervalos bastante intensidad para ocasionar ligeros desmayos.

En los últimos ocho dias habia esperimentado un tenesmo muy doloroso: atormentado de deseos continuos de mover el vientre, no arrojaba despues de esfuerzos violentos sino algunas mucosidades filamentosas, teñidas con frecuencia de sangre. El dolor abdominal no se aumentaba por la presion; la lengua conservaba el aspecto natural; la cara estaba pàlida y contraida, y no habia mas que una ligera aceleracion del pulso, sin mucho calor en la piel. El primer dia hizo M. Lerminier que le aplicàran quince sanguijuelas al ano. Al siguiente no se presentó ningun alivio, y entonces se determinó el profesor à poner en uso el tratamiento del cólico saturnino. Desde el segundo dia, y à consecuencia de las abundantes evacuaciones, *eran infinitamente menores los*

dolores abdominales, y habia desaparecido el tenesmo. Continuando el tratamiento cesaron todos los síntomas de disenteria, no tardando en salir el enfermo en perfecto estado de salud (1).

---

(1) Aun en los casos en que los síntomas disentéricos no son producidos por una causa especifica, se les puede oponer con ventajas incontestables un tratamiento distinto del antiflogìstico propiamente dicho. Hace dos años que à todos los individuos atacados de disenteria que entran en nuestras salas en el hospital de la Piedad, se les administran veinte y cuatro granos de ipecacuana. Todos se han curado con mucha prontitud despues de vomitar con mas ó menos abundancia, desapareciendo los síntomas de disenteria al dia siguiente, ó à los dos dias lo mas tarde de la administracion de la ipecacuana. En todos ellos era, por otra parte, la disenteria bastante ligera, y no iba acompañada de ningun movimiento febril.

LIBRO II.

ENFERMEDADES DEL HÍGADO Y DE SUS ANEJOS.

1. El hígado es uno de los órganos, cuyas enfermedades han sido mas estudiadas á causa de su gravedad y frecuencia, y sin embargo hay todavía muchas alteraciones entre las numerosas de que es asiento, cuya naturaleza está lejos de hallarse bien determinada, y cuyos síntomas son muy oscuros. No vamos á ofrecer un tratado de las enfermedades del hígado, sino solo algunas investigaciones y observaciones acerca de muchos puntos de la historia de tales enfermedades. Ademas de no entrar en el plan de nuestra obra un tratado de este género, creemos que no ha llegado todavía la época en que pueda publicarse con fruto la historia completa de las afecciones del hígado; los que se ocupen en lo sucesivo de ella hallarán en nuestra obra algunos materiales útiles, y este es el principal objeto de nuestro trabajo.

En la primera seccion hablaremos de las afecciones del mismo parenquima del hígado, y en la segunda de las enfermedades de las vias escretorias de la bilis.

SECCION PRIMERA.

ENFERMEDADES DEL PARENQUIMA DEL HIGADO.

CAPITULO I.

LESIONES ENCONTRADAS EN EL HIGADO DESPUES DE LA MUERTE.

2. Entre las diversas alteraciones del hígado unas van precedidas ó acompañadas de un aflujo mas considerable de sangre, y en otras por el contrario hay disminucion real ó aparente de la cantidad que de este líquido debe recibir dicha entraña en el estado normal: tal es el primer resultado á que conduce la observacion. Los estados morbosos en que puede demostrarse de un modo directo ó indirecto el aumento de aflujo sanguíneo son el aumento de volúmen del hígado, su hipertrofía, su induracion, y la formacion de pus ó de otros productos accidentales en el mismo parenquima. Los estados morbosos en que parece debe admitirse una diminucion del aflujo sanguíneo, son la decoloracion y la atrofía. Pueden designarse si se quiere los diversos estados morbosos del hígado en que hay congestion sanguínea aumentada con el término genérico *hepatitis*; pero entonces es preciso entenderse acerca del valor de esta palabra, y una vez adoptada no creer que da razon de las alteraciones de nutricion tan numerosas como variadas que puede presentar el órgano hepático: lo único que indica es el elemento comun que concurre á la produccion de tales alteraciones, á saber; la congestion sanguínea. ¿Pero cuál es la causa de las numerosas diferencias de estas alteraciones? No puede ciertamente hallarse ni en la intensidad ni en la duracion de la congestion sanguínea, pues que sea corta ó se prolongue, sea fuerte ó débil, se la ve producir indiferentemente toda especie de cambios de nutricion. Es nesario admitir elementos particulares para el de-

sarrollo de cada una de las referidas especies, aunque desconozcamos la naturaleza de estos elementos, cuya existencia nos parece tan demostrada como la del elemento comun, congestion sanguínea. Por otra parte hay casos en los que solo puede admitirse este elemento comun por via de analogía y generalizando los hechos particulares; pues los síntomas no le han revelado durante la vida, y despues de la muerte se afirma ó se supone su existencia únicamente por la consideracion de los productos que se hallan en el hígado, productos que vemos desarrollarse en otros órganos á consecuencia de congestiones sanguíneas evidentes por lo regular.

Esto es lo que acontece con muchas producciones accidentales como los tubérculos y los cánceres. Puede tambien suceder que aun en los casos en que el hígado recibe menos sangre y está menos nutrido que en el estado normal, hallándose descolorido y atrofiado, haya precedido á este estado como á los otros una congestion sanguínea ó una inflamacion. Para justificar este aserto encontraremos en otros órganos, y aun en el mismo hígado, casos análogos por la identidad de los síntomas y de las causas ocasionales. Asi por ejemplo de cuatro individuos observados en la Caridad, en quienes el orígen de la afeccion del hígado parecia haber sido una violencia esterior, y que habian presentado al principio de la enfermedad dolor en la region hepática, el primero nos ofreció un absceso en el mismo parenquima del hígado, el segundo hidatides, el tercero masas cancerosas, y el cuarto una diminucion del volúmen del órgano. Estos hechos merecen no perderse de vista. Por otra parte aunque se admita como consecuencia de cierto número de observaciones que la atrofía del hígado puede resultar de un estado inflamatorio primitivo de este órgano, no se debe deducir necesariamente que haya de suceder siempre asi.

Ademas de la simple atrofía del hígado y de su decoloracion, hay tal vez otros estados patológicos de este órgano, cuya causa no sin razon pudiera atribuirse á una diminucion, á una verdadera retrogradacion del acto nutritivo. ¿Qué otra cosa es por ejemplo la degeneracion grasienta del hígado? Si para responder á esta cuestion observamos en algunos casos las diversas materias crasas que se desarrollan accidentalmente en la economía, veremos que con mucha frecuencia se acumulan al rededor ó en el lugar de ciertos órganos que se atrofian; ademas hallaremos que lo que morbosamente existe en el hombre es una ley del estado fisiológico en el reino animal, y que en los seres por ejemplo cuyo cerebro se halla poco desarrollado (cetáceos, pescados, etc.) hay un depósito de materias crasas en el

lugar que deja de ocupar la masa encefálica. ¿No acontecerá lo mismo en el sitio de las moléculas del hígado donde se deposita la grasa? ¿En qué consiste tambien la formacion de los kistes serosos en medio del hígado? Véase respecto de esto lo que sucede en los demas órganos: cuando se suspende su desarrollo, se encuentran en su lugar sacos serosos, y es muy posible que muchos de los kistes del hígado mirados como consecuencia de su estado inflamatorio, atestiguen tal vez el influjo de un estado enteramente opuesto, un decremento de nutricion. ¿Cuál es finalmente la causa del desarrollo de los insectos vesiculares que se hallan con tanta frecuencia en el hígado? ¿Será absurdo buscarla tambien en un estado de atrofía del parenquima? Cuando la naturaleza deja de ser bastante poderosa para nutrir el órgano, puede decirse que se halla detenida en una accion inferior del organismo, y en vez de producir las moléculas de un órgano de mamífero, desarrolla un hidatide. No presentamos estas diferentes ideas sino como conjeturas mas ó menos probables, pero que nos parecen dignas de exámen y discusion; prueban á lo menos que todavía hay que hacer investigaciones.

3. El primer trabajo que debe emprenderse para llegar á admitir algun conocimiento exacto acerca de la naturaleza de las enfermedades del hígado, es procurar apreciar bien los caractéres anatómicos. Para conseguirlo es á nuestro parecer el mejor método empezar por la consideracion del estado sano del hígado, determinarle bien, y tratar en seguida de comprender la parte que pueden tomar los diversos elementos anatómicos del órgano en la formacion de las varias alteraciones de testura. Tal es el único camino que puede conducir incontestablemente á algunos resultados útiles. ¿Pero es practicable en el estado actual de la ciencia? Júzguese por la esposicion de las investigaciones á que nos hemos entregado en este punto: ensayando penetrar en un camino casi nuevo no hemos debido adelantar mucho, pero sí hemos cuidado sobre todo de no estraviarnos (1).

4. En el hígado existen naturalmente dos sustancias que se hallan dispuestas de modo que por su union representan bastante bien la figura de una esponja. Una de ellas, de un blanco

---

(1) En la memoria publicada recientemente acerca de la cirrosis del hígado (*Memoires de la societe Medicale d' Emulation*, tom. IX) ha seguido el doctor Bouland la marcha que hemos indicado, y nos complacemos en reconocer que le somos deudores de la primera idea del trabajo que va á leerse, y que debe mirarse tan solo como un simple ensayo.

mas ó menos pronunciado segun los casos, representa la parte sólida de la esponja; no comprende mas que los vasos gruesos que atraviesan la víscera sin ramificarse, y por consiguiente contiene poca sangre. En sus areolas se halla como depositada la otra sustancia que es roja, eminentemente vascular, de apariencia cavernosa, y parece susceptible como los tegidos erectiles de aumentar y disminuir rápidamente de volúmen.

En el estado que consideramos como normal del hígado, solamente distingue estas dos sustancias el que las ha observado cuando la enfermedad las hace mas notables. Si en el estado que se presume normal se examina un corte del tegido del hígado, se halla constituido por una sustancia de un rojo intenso separada en muchas divisiones por líneas de un blanco ligeramente sonrosado, que se entrecruzan en sentidos diferentes, y forman como circunvoluciones. Si contiene el hígado demasiada cantidad de sangre, se colora la sustancia blanca, y adquiere el órgano un tinte rojo uniforme, que es lo que acontece en el estado natural en el feto, y accidentalmente en el adulto en muchas circunstancias que indicaremos mas adelante. Cuando el hígado contiene por el contrario menos sangre que en el estado fisiológico, la sustancia blanca se hace muy aparente, y en un grado aun mas adelantado de esta especie de anemia local se decolora la misma sustancia roja, y presenta la víscera un tinte blanquecino en el que por medio de un exámen atento pueden reconocerse todavía las dos sustancias. Es preciso tener en cuenta que estas diversas graduaciones del hígado dependen únicamente de las proporciones de sangre que contiene, pudiendo ademas invadir diversas alteraciones aislada ó simultáneamente las dos sustancias que acabamos de describir, de donde resultan distintos aspectos del hígado que constituyen otros tantos estados morbosos. Estudiemos primeramente las alteraciones aisladas de una ú otra de dichas sustancias.

Una alteracion bastante comun de la sustancia blanca es la hipertrofia. En el primer grado se marca por líneas ó circunvoluciones que permanecen aparentes, aun cuando el hígado se halle mas ingurgitado de sangre. En un segundo grado se transforman las líneas en placas mas ó menos estensas, é hipertrofiada de esta manera, la sustancia blanca se endurece, y suele adquirir el aspecto fibroso, en tales términos que por las modificaciones que sufre en su forma, en su consistencia, y en su color, pudiera confundirse fácilmente con un tegido de nueva formacion. Creemos que Laennec ha cometido un error de este género. La lesion del hígado, á que ha llamado cirroris, y que consideró como tegido accidental, nos parece ser

únicamente el resultado de cierto grado de hipertrofia de la sustancia blanca. Examinada cuidadosamente esta cirrosis en las diversas fases de su desarrollo, creemos que no tiene mas de tegido acidental que las granulaciones del pulmon, respecto de las cuales hemos manifestado en otro punto que solo son inflamaciones parciales de dicho órgano.

Hemos dicho que la sustancia roja puede colorarse y entumecerse de diversos modos, en razon á las varias cantidades de sangre que contenga. Puede tambien ofrecer una verdadera hipertrofia, de donde resulta, segun los casos, el aspecto granuloso y lobulado del hígado. (*Véanse* las observaciones particulares.) Por otra parte esta misma sustancia roja sufre una completa decoloracion, ó bien se atrofia verdaderamente, y en este caso hay diminucion de volúmen del hígado. Por último, en medio de ella es donde al parecer se verifican las diversas secreciones morbosas, que tienen con tanta frecuencia su asiento en el aparato biliario.

5. Aisladas, reunidas ó combinadas de muchas maneras las alteraciones de estas dos sustancias, producen los diversos estados morbosos del parenquima hepático, los cuales consisten principalmente: 1.° en los diversos casos de congestiones sanguíneas activas ó pasivas, vitales ó mecánicas; 2.° en alteraciones de nutricion, y 3.° en alteraciones de secrecion.

6. Las congestiones sanguíneas del hígado son semejantes á las que se pueden verificar en todos los tegidos parenquimatosos; por ejemplo, en el cerebro ó en el pulmon. Las causas que las producen ora son puramente mecánicas, como un obstáculo al libre paso de la sangre al través de las cavidades derechas del corazon, de donde resulta el reflujo y acumulacion de este líquido en los vasos hepáticos, y ora aunque no mecánicas, tampoco consisten en un esceso de vitalidad en lo que se llama el *estímulo inflamatorio*; tales son las congestiones que presenta el hígado en los escorbúticos. Ignoramos si semejantes congestiones pueden llamarse pasivas en el sentido que ordinariamente se da á esta voz; pero lo que nos parece bien evidente es que nada se asemeja menos á la inflamacion que las congestiones de sangre que presentan los escorbúticos simultáneamente en muchos órganos. Cuantas veces hemos tenido ocasion de abrir los cadáveres de estos enfermos, hemos hallado muy ingurgitado de sangre el hígado, saliendo el referido líquido por todas partes, y presentando el tegido del órgano un tinte rojo uniforme: en el bazo hemos encontrado una ingurgitacion semejante. Finalmente, en otros casos se acumula la sangre de un modo extraordinario en el hígado bajo

la influencia de un estímulo inflamatorio. Esta congestion activa puede existir por mas ó menos tiempo sin que sobrevenga ninguna otra alteracion, á no ser en el mayor número de casos una modificacion en la secrecion de la bilis. Si pretendemos atenernos á la simple observacion, no se puede distinguir ciertamente el referido estado de lo que se llama flegmasia, pues en ningun órgano se hallan otros signos para comprobar la inflamacion antes que haya alteracion de testura: en todos como en el hígado, por poco intensa que sea la congestion, ó por poco que se prolongue, va acompañada siempre de un aumento de volumen del tegido en donde reside, y con mucha frecuencia de un esceso en su secrecion normal. En el hígado, como en los demas puntos, puede ser la congestion el único cambio morboso que sufra el órgano, el cual vuelve á su estado natural cuando cesa aquella; pero otras veces es el orígen de gran número de alteraciones que se manifiestan ulteriormente en el punto donde reside, debiendo considerarse como uno de los elementos de la formacion de tales afecciones.

Las congestiones sanguíneas del hígado, procedan de esta ó de aquella causa, pueden ser generales ó parciales. En el primer caso se aumenta el volúmen del órgano por poco considerables que sean, escediendo mas ó menos del borde cartilaginoso de las costillas, ó empujando hácia arriba á el diafragma. A veces se verifica este aumento de volúmen con extraordinaria rapidez, disminuyendo con frecuencia de la misma manera: asi acontece en las congestiones hepáticas que acompañan á las enfermedades del corazon; entonces por lo general, despues de ejecutadas algunas sangrías, disminuye el trastorno de la circulacion, y de repente deja de percibirse el hígado, que se oculta detras de las costillas, y que vuelve á presentarse mas adelante en la parte inferior, si se exaspera la enfermedad del centro circulatorio. Mas por la sola circunstancia de existir en el hígado un éstasis habitual de sangre mayor que la natural, se establece la disposicion á irritarse el órgano, y al cabo de cierto tiempo suele agregarse á la congestion enteramente mecánica otra verdaderamente vital, activa; pudiendo la última permanecer aislada, ó ser el orígen de diferentes desórdenes de nutricion. De aquí la gran frecuencia de las enfermedades consecutivas del hígado en los sugetos atacados de afecciones orgánicas del corazon.

Hay casos en que solamente es parcial la congestion sanguínea del hígado: se hallan esparcidas en su superficie ó en su interior varias manchas rojizas, que al cortarlas dan mucha sangre. Rara vez resultan semejantes congestiones parciales de

una simple causa mecánica: con efecto, no se comprende cómo esta podria ejercer su accion mas bien en un punto determinado del hígado que en otro.

Es claro que en los diversos casos de congestion participa de la mayor accion la sustancia roja del hígado.

Las congestiones sin ningun otro cambio de testura constituyen cierto número de enfermedades del hígado anunciadas durante la vida por diferentes síntomas, que varían segun la intensidad de la congestion, su estension, la rapidez con que se efectua, y la causa que le ha dado orígen.

No solo pueden recibir los vasos del hígado mucha mayor cantidad de sangre que la que les corresponde en el estado normal bajo la influencia de las condiciones que acabamos de enumerar, sino que tambien pueden romperse, haya ó no congestion antecedente; de donde resulta una hemorragia mas ó menos copiosa, un derrame de sangre en el parenquima del hígado, especie de apoplegía hepática. El caso mas notable de este género que hemos tenido ocasion de observar es el siguiente:

M. S....., administrador de la casa de la moneda, disfrutaba de bastante buena salud, y con especialidad nunca habia presentado ningun síntoma que pudiese hacer sospechar la existencia de una enfermedad del hígado, cuando una mañana al despertarse sintió algo de mal estar y dolores abdominales. Manifestó deseo de permanecer en cama, y le dejaron solo en su habitacion. A las pocas horas entraron en ella y le hallaron cadáver. Hicimos la inspeccion en presencia de los doctores Double, Brunet y Sedillot, hijo. Los órganos del cráneo y del torax, donde podiamos prometernos encontrar la causa de la muerte repentina de M. S.... no presentaron ninguna alteracion.

El peritóneo estaba lleno de una cantidad de sangre negra coagulada en parte, habiendo muchos cuajarones acumulados entre el diafragma y la cara convexa del hígado. En la misma cara convexa, hácia la parte media del lóbulo derecho se descubrió una abertura, por la que se podia introducir la estremidad del dedo pequeño, y la cual era el orificio de una cavidad formada en el parenquima del hígado, del tamaño de un huevo de gallina, y llena de sangre. En la referida cavidad se abria un vaso grueso que estaba desgarrado: introduciendo por él un estilete, penetró al tronco de la vena porta-hepática, manifestando que era el vaso una de las principales divisiones de dicha vena. Entonces se vió la causa de la muerte y el orígen de la hemorragia. El parenquima del hígado habia conservado su estado sano al rededor de la cavidad accidental que contenia la sangre.

El doctor Mr. Honoré ha presentado recientemente en la academia un hígado con muchas cavidades que contenian san-

gre pura; pero no pudo saberse si suministraron la sangre los vasos desgarrados, ó si fué el producto de una simple exhalacion. M. Louis en su escelente memoria acerca de los abscesos del hígado, cita el caso de un individuo, en el cual presentó el espresado órgano una cavidad del tamaño de una nuez, llena de un coágulo fibrinoso de sangre negra, dispuesto por capas concéntricas. No se comprobó en los vasos sanguíneos la existencia de ninguna rotura (1).

7. Hemos dicho que el hígado puede sufrir notables alteraciones en su nutricion, á consecuencia de una congestion sanguínea variable en intensidad y duracion. En el número de tales alteraciones debe colocarse, por ejemplo, la hipertrofia general ó parcial. Tanto el aumento de volúmen general como el parcial que sufre entonces dicha víscera, no es tan solo consecuencia de un simple aflujo de sangre á su tegido, sino mas bien de un aumento en el volúmen ó en el número de las moléculas; en otros términos, de que en un volúmen dado contiene mas partes sólidas, tiene mas densidad. Si la hipertrofia del hígado es general, hay incremento de tamaño en la totalidad del órgano; sin embargo, algunas veces no se aumenta el volúmen, sino que el tegido es mas denso y mas duro, siendo mas difícil dividirle con el escalpelo. Del mismo modo en muchos casos de hipertrofia del sistema huesoso no adquiere este mas volúmen, sino mayor peso específico.

Puede acontecer que la hipertrofia del hígado no exista mas que en una de sus sustancias, conservando la otra su estado normal, ó sufriendo al mismo tiempo una verdadera atrofia. Si se verifica este último caso, puede resultar una diminucion del tamaño general del hígado, aun cuando uno de sus elementos anatómicos sea mayor que habitualmente. Es lo que sucede, por ejemplo, en muchos casos de *cirrosis* que, segun hemos visto, consiste solo en la hipertrofia de la sustancia blanca. Al mismo tiempo que adquiere una actividad insólita la nutricion de esta, parece que se encoje la sustancia roja, y en consecuencia de su atrofia disminuye el volúmen del hígado. La dificultad con que en tales casos se hacen penetrar las inyecciones en la sustancia del órgano, la ascitis que constantemente acompaña á semejante atrofia de la sustancia roja, y el aspecto de encojimiento del hígado, parecen demostrar que hay entonces obliteracion

---

(1) *Memoires ou Recherches anatómico-pathologiques*, par P. Ch. A. Louis, 1826, pag. 381. En nuestro *Precis d' Anatomie pathologique* hemos citado algunos otros casos de hemorragia del hígado.

de una gran parte de los pequeños vasos que constituyen la misma sustancia roja. Tambien coincide con frecuencia la hipertrofia desigual de cierto número de granulaciones, ya aisladas y separadas, ya numerosas y agrupadas, con una notable diminucion del volúmen del hígado, lo cual depende de la atrofia de otras porciones de la sustancia roja ó de la blanca.

La hipertrofia del hígado, bien sea parcial, bien general, va con frecuencia acompañada de un aumento de consistencia. Puede existir con diversos coloridos, siendo los principales el rojo, amarillo, verdoso, gris, pardo y aun blanco. Muchos de estos colores se combinan con frecuencia entre sí, resultando los aspectos mas variados que procuraremos dar á conocer en las observaciones particulares.

Hay casos en que con respecto á la forma, al volúmen, al color y á la proporcion de las sustancias componentes, parece hallarse el hígado en estado fisiológico; pero su consistencia se encuentra muy disminuida; su tegido es en estremo friable; se quebranta y reduce á pulpa con la presion de los dedos, y no tiene á veces mayor consistencia que la materia parecida á las heces del vino, que llena las areolas del bazo.

La analogía de este reblandecimiento con el que se observa en otros órganos, y ademas los casos en que coincide con todos los síntomas de una hepatitis, deben sin duda inclinar á admitir que es resultado de una accion inflamatoria. Sin embargo, aun cuando estamos convencidos que gran número de reblandecimientos suceden á una inflamacion, dudamos que acontezca lo mismo en todos. Nos faltan pruebas para tomar en este punto una decision que comprenda todos los casos; pero las esperamos de todos los médicos de buena fé. ¿No se han encontrado casos en que existiendo un reblandecimiento en el cerebro, el estómago, el hígado, etc., ha sido imposible afirmar que le hubiese precedido ó acompañado ninguna especie de congestion sanguínea ó de accion irritativa? En estos casos difíciles debemos dudar y esperar.

Se ha hablado con mucha frecuencia del aumento de volúmen del lóbulo de Spigelio, aumento bastante considerable para constituir un tumor apreciable al tacto. Entre los numerosos enfermos examinados en la Caridad y fuera de ella, ninguno nos ha ofrecido este género de lesion del hígado, que segun muchos médicos es muy comun: nunca hemos podido percibir aisladamente durante la vida el lóbulo de Spigelio al través de las paredes abdominales, ni tampoco despues de la muerte hemos hallado su hipertrofia independiente de la del resto del hígado. Deben, pues, considerarse los tumores formados por el peque-

ño lóbulo de Spigelio como un hecho no menos raro que lo sería un tumor dependiente de un aneurisma del tronco celiaco, ó de una enfermedad del páncreas (1).

En cuanto á los dos lóbulos principales del hígado se les halla con frecuencia hipertrofiados ó atrofiados aisladamente. Puede, por ejemplo, ser el lóbulo derecho mas voluminoso que de costumbre, y el izquierdo consistir solo en un apéndice delgado. Otras veces, por el contrario, se halla disminuido de volúmen el lóbulo derecho, y ocupa solo una pequeña parte del sitio acostumbrado, al paso que el izquierdo se estiende mucho mas que lo habitual en el hipocondrio correspondiente, y aun puede ser causa de que se perciba un sonido macizo en la parte lateral inferior izquierda del pecho. En este caso el hígado del adulto se aproxima por su disposicion al del feto, en el que el lóbulo izquierdo escede en volúmen al derecho.

8. El último órden de alteraciones del hígado consiste en las secreciones morbosas que pueden verificarse en su parenquima. De sus resultas suele contener pus infiltrado ó reunido en un foco.

Pueden designarse cuatro circunstancias principales en las que se forman abcesos en el hígado: 1.° á consecuencia de las violencias esteriores que obran directamente sobre el hígado; 2.° en virtud de las lesiones traumáticas del celebro; 3.° espontáneamente como terminacion de una hepatitis aguda ó crónica, siendo este caso mas raro que los dos primeros; y 4.° finalmente, hay circunstancias en que el pus hallado en el hígado no parece haberse acumulado en él á consecuencia de una hepatitis, siendo mas probable que formado en otro punto le haya conducido el torrente circulatorio: puede decirse en este caso que solo ha sido separado de la sangre en el interior del hígado. De todos modos, en tales circunstancias no existe durante la vida ningun síntoma de hepatitis, y despues de la muerte no se halla ningun indicio de inflamacion, ni de accion patológica alguna al rededor de la coleccion purulenta. Ademas se encuentran con frecuencia abscesos iguales en otras partes, como el pulmon, el bazo, el celebro y el tegido celular subcutáneo é intermuscular, sin que en ninguna de estas partes haya sido precedida la formacion del pus de signos de inflamacion. Finalmente, tales abcesos se forman sobre todo en ciertas con-

(1) En un caso de afeccion cancerosa del páncreas no hubo durante la vida ningun tumor apreciable al través de las paredes abdominales.

diciones de la economía, á saber: á consecuencia de las grandes operaciones quirúrgicas ó de las metro-peritonitis puerperales, ó bien cuando se suprime de repente una supuracion abundante, que se ha sostenido por mucho tiempo. Mas adelante citaremos hechos relativos á estos diferentes abscesos, aunque sin embargo es muy rara la supuracion del hígado.

El tegido de este órgano puede segregar en vez de pus diversas materias, ya amarillas y friables, ya mas ó menos parecidas á la gelatina ó á la cola; tales materias, que en razon á sus diferentes cualidades físicas, poco apreciables generalmente, han recibido diversos nombres, como tubérculos, materia encefaloidea, esteatoma, etc., tienen el carácter comun é importante de segregarse en el seno del parenquima hepático, á consecuencia de una congestion sanguínea mas ó menos evidente, como acontece con el pus, siendo de notar que se encuentran con mucha mas frecuencia que este. Unas veces es aparente el tegido del hígado donde existen las referidas materias segregadas, hallándose infiltrado por las mismas, y al propio tiempo mas ó menos inyectado; otras, para encontrar el tegido del órgano, hay que recurrir á una atenta diseccion, ó á la maceracion, y entonces se ven algunos restos de su sustancia en medio de la materia estraña, del mismo modo que en un flemon se hallan en medio del pus los restos del tegido celular y muscular. En tal caso no se halla el parenquima hepático solamente comprimido, sino que parece atrofiado y reabsorvido; por otra parte, la diseccion nos ha demostrado un hecho importante, á saber: que los numerosos vasos que vemos ramificarse con frecuencia por medio de las masas blancas encefaloideas, no las pertenecen en muchas ocasiones, no hacen mas que atravesarlas, y corresponden únicamente al tegido del hígado. Con el tiempo pueden romperse estos vasos, resultando hemorragias mas ó menos copiosas.

Así pues, en mas de un caso la organizacion que se ha concedido á gran número de producciones *accidentales*, las pertenece menos que á los tegidos en que se desarrollan.

CAPITULO II.

SÍNTOMAS DE LAS ENFERMEDADES DEL HÍGADO.

9. Son poco numerosos, y en general muy oscuros y poco característicos, para que por ellos se pueda reconocer siempre una afeccion en el órgano de que nos ocupamos. En algunas circunstancias no es dudosa su existencia, pero sí muy difícil, y aun imposible determinar su naturaleza; efectivamente, por una parte presentan con frecuencia síntomas semejantes muchas afecciones del hígado, que ofrecen las mayores diferencias con relacion á sus caracteres anatómicos, y por otra no puede asegurarse que en ninguna de tales afecciones se halle un síntoma constante. La ictericia puede, por ejemplo, faltar ó existir en todas las enfermedades del hígado, habiendo solo un caso en que nunca falta, y es el de obliteracion del conducto colidoco. Este capítulo tiene por objeto especial presentar algunos datos suministrados por la observacion, que ayudan: 1.° á reconocer la existencia de una enfermedad del hígado, y 2.° á determinar su naturaleza.

10. Los síntomas que se manifiestan en las enfermedades del hígado son locales ó generales, habiendo muchos casos en que son mucho mas pronunciados los segundos que los primeros. Hablaremos sucesivamente de unos y de otros.

ARTICULO I.

SÍNTOMAS LOCALES DE LAS ENFERMEDADES DEL HÍGADO.

11. Entre los síntomas locales hallamos desde luego el dolor. Variable en intensidad no lo es menos por su asiento: hay enfermos en quienes es vago, móvil y parecido bajo este punto de vista á un dolor reumático; puede existir en una grande estension, y asi es que en muchos sugetos reside en toda la parte inferior derecha del torax y el hipocondrio del mismo

lado; al paso que en otros solo se observa en algunos puntos circunscritos, y en especial: 1.° hácia la region epigástrica; 2.° á lo largo del borde cartilaginoso de las costillas falsas derechas; 3.° en un punto mas ó menos limitado del hipocondrio del mismo lado; 4.° hácia la parte lateral inferior derecha del torax, y aun algunas veces en un espacio muy circunscrito, como, por ejemplo, el que ocupa la última costilla falsa; 5.° en la parte posterior de este mismo lado, cerca de la columna vertebral; si entonces se percibe el dolor un poco arriba, puede confundirse con los que sienten los tísicos en el dorso; 6.° en el hipocondrio izquierdo en el lugar que ordinariamente ocupa el fondo del estómago ó el bazo, y 7.° por último, en diversos puntos del abdomen, como el ombligo, los vacíos, etc., cuando el hígado se estiende hasta dichos sitios por haber aumentado de volumen. Hay otros dolores que no se presentan solo en la region del hígado, sino en otras mas ó menos distantes; son puramente simpáticos y resultado de una simple irritacion nerviosa. En efecto, hace mucho tiempo que se ha notado, sin poder esplicarlo, el dolor que se fija en el hombro derecho, y acompaña á cierto número de afecciones del hígado: este dolor nos ha parecido existir con menos frecuencia que se ha dicho; pero sin embargo le hemos visto mas de una vez de un modo bien pronunciado. Los dolores simpáticos pueden ocupar tambien otros sitios. Tendremos siempre presente la observacion de un enfermo cuyo hígado se halló despues de la muerte lleno de las masas llamadas cancerosas: nunca se habia quejado de dolor alguno en la region del hígado, pero sí de una sensacion muy penosa que esperimentaba de cuando en cuando en los dos lados del torax, y que se estendia al brazo y hasta la mano, manifestándose en esta un calambre muy incómodo, y atravesando algunas veces como chispas eléctricas de un brazo á otro dolores muy vivos y lancinantes: nada se halló despues de la muerte que pudiese esplicar estos accidentes. Hemos visto otros sugetos en quienes solo existia el dolor en la cabeza, siendo en algunos casos bastante fuerte, constante y prolongado, para fijar esclusivamente la atencion del enfermo, á quien ninguna sensacion local revelaba que estuviese afectado el hígado. Por último, hay un fenómeno bien singular que presentan cierto número de individuos atacados de una enfermedad del hígado, y es una comezon muy viva é incómoda en la piel: este accidente se manifiesta con mas frecuencia cuando hay ictericia, pero puede existir tambien en los casos en que la piel conserva su color natural.

Los dolores que se perciben en la region del hígado, ó en el lugar que ocupa accidentalmente, pueden ser contínuos ó intermitentes. En uno y otro caso ó son profundos, y se sienten espontáneamente sin que los aumente el tacto, ó se exasperan con este, ó por último, solo los perciben los enfermos cuando se palpa. Hay sugetos que no padecen sino cuando andan, cuando van en carruage, cuando suben ó bajan una cuesta, ó cuando se echan sobre uno de los lados.

El primer síntoma, que inclina á sospechar que el hígado está enfermo, es muchas veces un dolor fijo en la region correspondiente. Hay sugetos que en muchos años no esperimentan por parte del hígado otros accidentes mas que un dolor de variable intensidad, que se reproduce por intervalos, hallándose á lo mas la piel un poco amarillenta; por otra parte, la region hepática está blanda, las digestiones se hacen habitualmente bien, y la nutricion se encuentra en un estado satisfactorio; pero llega una época en que el dolor antiguo se aviva por intervalos, y cuando se reproduce de esta suerte con una intensidad no acostumbrada, se establece un movimiento febril, y aparecen con frecuencia indicios de ictericia; finalmente, mas adelante se hacen contínuos los síntomas intermitentes, y es indudable la existencia de una afeccion grave del hígado. Hemos hablado ya de los casos en que el dolor es el síntoma predominante, en términos de haberse formado de él una enfermedad enteramente distinta con el nombre de cólico. En otros enfermos no sobreviene el dolor sino mucho despues que los otros síntomas locales ó generales han anunciado ya la existencia de una afeccion del hígado. Finalmente, puede esta afeccion correr todos sus periodos, y arrebatar al sepulcro á los enfermos, sin que sientan dolor alguno en la region hepática.

Muchas de las partes situadas al rededor del hígado pueden ser asiento de diversos dolores, confundiéndose su padecimiento con el de la entraña que nos ocupa, y tenemos que confesar que difícilmente se evita semejante equivocacion. Estas partes, cuyos dolores simulan á los del hígado, pueden hallarse situadas en el torax ó en el abdomen. En el pecho tenemos ciertas inflamaciones de la pleura, y en particular de la diafragmática, que revelan su existencia por un dolor en la parte mas inferior del torax, á lo largo del borde cartilaginoso de las costillas, y aun en el hipocondrio derecho. Suele tambien muchas veces favorecer la idea de una hepatitis la aparicion de la ictericia, que es tan solo resultado de la irritacion simpática que se comunica de la pleura diafragmática á la superficie convexa del hígado. Lo cierto es que en tales casos hemos hallado inflamada la pleu-

ra sin alteracion apreciable en el órgano secretor de la bilis.

En el abdomen mismo pueden dar lugar á dolores que sea difícil distinguir de los que pertenecen al hígado, una peritonitis parcial desarrollada en sus inmediaciones, una flegmasia aguda ó crónica del píloro ó del principio del duodeno, y aun una nefritis, y finalmente, varios tumores como los que hemos citado en otros puntos, desarrollados ya entre el riñon y el hígado, ya por debajo del epiplon gastro-hepático.

¿Puede descubrirse por la existencia del dolor, por su asiento, naturaleza, intensidad y época de su aparicion, la especie de afeccion del hígado de que depende? Háse ensayado muchas veces; pero en el mayor número de casos las reglas establecidas pueden destruirse por casi tantas escepciones como el número de hechos en que se apoyan. En efecto, se ha establecido que las afecciones llamadas cancerosas van acompañadas de dolores vivos lancinantes y característicos; y sin embargo comparando las notas tomadas en este punto, encontramos que por una parte tal especie de dolores se han observado en sugetos afectados de otras enfermedades del hígado, y por otra entre los que han padecido de cánceres en la misma entraña, son casi tantos los que han sentido pocos ó ningun dolor, como los que los han esperimentado muy vivos.

No es raro encontrar despues de la muerte adherencias celulares mas ó menos multiplicadas que unen al hígado, ora con el diafragma, ora á las paredes abdominales. A estas adherencias nos parece que pueden referirse los dolores vivos ó ligeros, contínuos ó intermitentes que esperimentan cierto número de sugetos en el hipocondrio derecho. Con frecuencia cada vez que se exasperan tales dolores, se acompañan de un trastorno bastante pronunciado en las funciones del hígado, sin que este se halle enfermo.

A veces se observan en la region hepática dolores muy vivos, que no pueden esplicarse despues de la muerte por ninguna lesion del hígado, ni de sus conductos excretores, como acontece en varios cólicos hepáticos. Esta circunstancia, y ademas el carácter de los dolores, su intermitencia y el buen estado de salud que existe muchas veces en los intervalos, nos inclinan á creer que tienen especialmente su asiento en los numerosos filetes nerviosos que se distribuyen por el hígado, y provienen bien del neumo-gástrico, bien con mas especialidad del gran simpático. Por otra parte se conoce que estos dolores dependen del hígado, porque van acompañados de una ictericia que se disipa con ellos, y que puede permanecer por un

tiempo mas ó menos largo despues que han desaparecido. ¿Qué tiene de particular que la afeccion de los nervios modifique la secrecion biliaria? ¿No modifica la influencia nerviosa de la misma manera otras secreciones como la de las lágrimas, la de la saliva, la de la orina, etc.? ¿La neurose facial dolorosa no va acompañada de un vicio de secrecion de las glándulas salivales de la boca?

Finalmente, hay algunas afecciones del hígado, *que por lo regular* ó no determinan dolor alguno, ó si le producen es muy obtuso. Tales son gran número de afecciones crónicas, como el desarrollo de hidatides en su interior, la degeneracion grasienta, la induracion, las diversas especies de hipertrofia general ó parcial (granulaciones, cirrosis, etc.), y finalmente, la atrofia que puede ser del mismo modo general ó parcial. En esta última afeccion, en que el hígado no constituye un tumor, fácilmente se concibe cuán oscuro será el diagnóstico á causa de la falta del dolor. En efecto, no puede formarse sino de un modo conjetural por la existencia de algunos síntomas generales, de que hablaremos mas adelante. Conviene, á pesar de todo, no perder de vista que en muchos de los casos en que la afeccion es enteramente indolente, hubo al principio una época en que existieron dolores mas ó menos vivos.

12. Las modificaciones que en el volúmen presenta con frecuencia el hígado, pueden reconocerse durante la vida, si consisten en aumento, y algunas veces si hay disminucion: 1.° por el exámen del abdómen y de la parte inferior derecha del torax; 2.° por el tacto, y 3.° por la percusion.

Hay casos en que á simple vista se descubre la existencia de un tumor en el hipocondrio derecho: háilase delineado en las paredes abdominales, y á veces se puede ver al través de las mismas el borde cortante del hígado, que sobre todo se hace manifiesto en algunos casos inmediatamente despues de la operacion de la paracentesis. En otros sugetos no hay signos tan pronunciados: la vista solo revela la existencia de un tumor en uno ú otro hipocondrio ó en el epigastrio, pero se necesitan mas signos para conocer su naturaleza. En ciertos enfermos aumenta de tal manera de volúmen la porcion de la víscera oculta detras de las costillas, que las empuja hácia fuera, sobre todo en su porcion cartilaginosa, ocasionando una deformidad singular en el lado derecho inferior del torax: entonces la cara inferior de las últimas costillas y de los cartílagos se hace superior, el borde superior se convierte en posterior, etc., y la última costilla, impelida hácia fuera, se presenta de un modo manifiesto á la simple vista.

El tacto suministra datos mas numerosos y variados que la vista. En muchos sugetos atacados de enfermedades del hígado con aumento de volúmen del órgano, tocando el abdomen solo se encuentra una resistencia desigual á la presion en los dos lados de la línea blanca; por manera que al paso que en el hipocondrio izquierdo se deprimen con facilidad las paredes abdominales, y la mano se hunde profundamente sin hallar obstáculos, en el derecho por el contrario se encuentran tensas las paredes, como si un cuerpo sólido situado detrás de ellas las impidiese ceder á la mano que las comprime. Hay muchos casos de enfermedades del hígado en que el único indicio de tumefaccion del órgano es la referida desigualdad en el grosor de los dos hipocondrios.

Acontece otras veces que puede circunscribirse en el hipocondrio derecho un cuerpo que se estiende por detrás de las costillas, y que por su forma y situacion parece ser el hígado con mayor volúmen; mas para reconocerle bien no es indiferente el modo como se ejecuta el acto de palpar. Unas veces basta aplicar simplemente la mano en el hipocondrio, y comprimir suavemente de delante atrás en diversos puntos, haciendo lo mismo luego comparativamente en las demas partes del abdomen: entonces es necesario ejecutar la palpacion hallándose el enfermo sucesivamente acostado sobre el dorso, sobre uno ú otro hipocondrio, sentado, y de pie. Palpando de esta manera no puede muchas veces circunscribirse el tumor cuya existencia se reconoce, pero sin determinar sus límites: en tal caso debe emplearse otro procedimiento: colóquese sobre el hipocondrio la mano, dispuesta de modo que hallándose todos los dedos estendidos y aproximados unos á otros escepto el pulgar, toque el borde esterno del dedo indicador á las paredes abdominales en toda su estension; comprímase enteramente de adelante atrás, y despues diríjase de repente la mano de abajo arriba, inclinando el borde cubital á las paredes abdominales, y comprimiendo siempre en esta nueva direccion con el borde radial; procediendo de esta manera se puede llegar muchas veces á circunscribir el borde cortante del hígado. Por otra parte este órgano ó bien ofrece en toda su estension una superficie lisa y uniforme, ó bien algunos puntos donde se halla verdaderamente deprimido, escotado y como escavado en forma de taza, pareciendo que ha sufrido una pérdida de sustancia.

No es solo en el hipocondrio derecho donde puede percibirse al hígado por medio del tacto; apenas hay punto del abdomen donde por este medio no se haya reconocido su existencia. Puede encontrársele á la vez en el hipocondrio derecho, en el izquier-

do y en el epigastrio: entonces el diagnóstico ofrece pocas dificultades; pues en efecto suele verse que el tumor sale en cierta manera de detrás de las costillas falsas derechas, se prolonga desde allí hácia los puntos indicados, y se limita al epigastrio ó se estiende al hipocondrio izquierdo, habiendo nosotros seguido mas de una vez los progresos de incremento del hígado de izquierda á derecha. Cuando llega hasta la porcion esplénica del abdomen puede terminar en ella de diferentes modos, ya formando una masa redondeada, cuyos límites es muy difícil hallar, ya constituyendo una especie de lengueta de bordes delgados que pueden percibirse bien al través de las paredes del abdomen.

El diagnóstico es aun mas difícil cuando el tumor formado por el hígado es nulo en el hipocondrio derecho, y solo existe en el epigastrio ó en el hipocondrio izquierdo.

Esto acontece cuando el hígado se desarrolla con desigualdad, y el lóbulo izquierdo se halla en un estado de hipertrofía, de que no participa el derecho. En el primer caso puede confundirse con un tumor del estómago, y en el segundo con otro de la misma víscera ó del bazo. Pero con atencion y hábito se llegan á distinguir estos diferentes casos: en efecto rara vez se prolongan por detrás de las costillas los tumores formados por el estómago, y tienen en general una movilidad mas ó menos grande, al paso que los dependientes del hígado se estienden por lo regular detrás de las costillas, se limitan con exactitud por el lado del hipocondrio izquierdo, y al contrario por el derecho desaparecen insensiblemente, sin poderse decir donde concluyen, y son en general menos movibles. Tambien puede servir el estado de las digestiones para aclarar el diagnóstico, pero solo de un modo secundario, pues en gran número de afecciones del hígado hay simultanéamente gastritis, y ademas el órgano secretor de la bilis puede por su sola presencia en el epigastrio comprimir al estómago, y dificultar sus funciones. En cuanto á los tumores formados por el bazo, se distinguen en el mayor número de casos de los que existen en el hipocondrio izquierdo, y dependen del lóbulo hepático de este lado por su direccion, que regularmente es oblícua de arriba abajo y de izquierda á derecha, y por su orígen.

Tambien puede el hígado ocupar otros puntos del abdomen, donde se le reconoce por medio del tacto. Asi es que se le ha visto ocupar la region umbilical, los vacíos, llegar hasta la cresta iliaca, descender hasta el mismo pubis, y aun estenderse por casi la totalidad del abdomen. No son raros los casos en que solo dista uno ó dos traveses de dedo de la cresta iliaca derecha,

siendo mucho menos comunes aquellos en que se adelanta hasta el hipogastrio.

Dos circunstancias principales se oponen á que en gran número de casos se perciba el tumor que forma el hígado en uno de los puntos que acabamos de indicar. La primera es la existencia de un derrame considerable de líquidos en la cavidad del peritóneo, la segunda la distension de los intestinos gruesos, ora por materias fecales, ora por gases. Cúando cesa esta distension mediante las evacuaciones naturales, ó solicitadas, se empieza á percibir bien un tumor que hasta entonces habia sido inapreciable, ó á lo menos tan solo se habia sospechado de un modo vago.

Sin haber aumentado el hígado realmente de volúmen puede constituir un tumor en el epigastrio ó en uno de los hipocondrios. Esto acontece cuando existe en la cavidad de la pleura derecha un derrame bastante considerable para empujar hácia abajo el diafragma, haciéndolo al mismo tiempo con el hígado que entonces forma una prominencia mas ó menos grande por debajo de las costillas. Lo mismo se nota cuando á espensas de los órganos contenidos en el abdomen ó del peritóneo que los separa entre sí, se forma en las inmediaciones del hígado un tumor que ocupa el lugar destinado habitualmente al órgano de que hablamos. En un caso, por ejemplo, que hemos citado en otro punto con mas pormenores, un tumor enquistado que se desarrolló entre el riñon derecho y el hígado, hizo sufrir á esta glándula conglomerada una especie de movimiento de váscula, en cuya virtud saliendo del hipocondrio derecho, y muy inclinada de arriba abajo, de derecha á izquierda, y de atrás adelante, formaba durante la vida una prominencia considerable en el hipocondrio izquierdo. Se reconoció que el tumor estaba formado por el lóbulo izquierdo del hígado, y era natural pensar que su prominencia dependia de haber aumentado realmente de volumen; sin embargo nada de esto existia, como lo demostró la abertura del cadáver.

No solamente pueden inducir á equivocacion, confundiéndose con los tumores formados por el hígado los constituidos por el estómago, bazo, peritóneo peri-hepático, ó epiplon gastro-hepático; sino que tambien hay casos en que abultándose y desarrollándose mucho varios órganos situados lejos del secretor de la bilis en el estado normal, se aproximan á los hipocondrios, los ocupan, y constituyen tumores que parecen depender del mismo hígado.

En una mujer atacada de hidropesia del ovario, afectaba el tumor la disposicion siguiente: en la region iliaca derecha se percibia un cuerpo duro, desigual y abollado, cuya direccion se seguia oblicuamente de abajo arriba, y de derecha à izquierda hasta el ombligo, donde dejaba de ser apreciable. Por encima del ombligo tenia el abdomen la blandura del estado fisiológico, pero en la estension de algunos traveses de dedo por debajo del borde cartilaginoso de las costillas izquierdas habia otro tumor formado por un cuerpo que parecia ser imperfectamente redondeado, sin desigualdades en su superficie. Este cuerpo aparentaba prolongarse por detras de las costillas, y por su forma, situacion y relaciones podia tomarse enteramente por el lóbulo izquierdo del higado desarrollado de un modo morboso. Tal fué en efecto el diagnòstico que se formò. Algun tiempo despues de la entrada de la enferma en el hospital tomó mucho incremento el tumor inferior, y se practicó la operacion de la paracentesis para penetrar en su interior, consideràndole como enquistado. Saliò una gran cantidad de liquido, y se deprimiò el tumor de la region iliaca, llamándonos la atencion que al mismo tiempo el del hipocondrio izquierdo, que no parecia tener relacion alguna con el inferior, cambió de posicion, y bajò hasta el nivel del ombligo. Desde entonces dejò de suponerse perteneciente al higado, y se creyò que seria una dependencia del tumor iliaco, correspondiendo como él à la hidropesia del ovario, y constituyendo una celdilla de la misma. ¿Pero en este caso por qué hasta entonces habia ocupado el hipocondrio izquierdo, y por qué habia cambiado repentinamente de lugar despues de la puncion? Esto podia esplicarse, porque en efecto era posible que antes de la operacion se conservase la parte superior del tumor elevada, y como sostenida en uno de los hipocondrios, por la inferior que estaba distendida por una gran cantidad de liquido; evacuado este debia cambiar de situacion el tumor del hipocondrio. Murió la enferma, y pudo comprobarse el diagnòstico, presentàndose con efecto en el cadàver las siguientes lesiones:

El peritòneo de las paredes abdominales se hallaba unido por medio de ùltimas adherencias al que cubre las visceras; inmediatamente detras de las referidas paredes aparecia un enorme tumor que ocupaba el hipogastrio, la region umbilical, las dos iliacas, los dos vacios, y la totalidad del hipocondrio izquierdo, estendiéndose hasta la altura de la quinta costilla y una parte del epigastrio y del hipocondrio derecho: este tumor empujaba con fuerza hácia arriba al higado, que subia hasta la cuarta costilla, y al estómago, que se hallaba colocado al mismo nivel. Delante del tumor estaba escirroso el epiplon; en el vacio izquierdo se percibian el colon descendente, y algunas circunvoluciones de los intestinos delgados, cuya mayor parte cubria el espresado tumor. Este se desprendia con facilidad de las diversas partes que estaban en relacion con él, y à las que solo le unian adherencias celulares poco intimas. Por la parte inferior pendia de la matriz por medio de la trompa derecha y del ligamento ancho del mismo lado. No se halló ningun indicio del ovario derecho, el izquierdo estaba intacto. El tumor ofrecia como tres partes distintas, una, situada en el hipocondrio izquierdo y en el epigastrio, parecia formada por un tegido duro y sólido; otra, colocada en el vacio y fosa iliaca derecha, presentaba el mismo aspecto; finalmente, la tercera, que ocupaba la region umbilical y el epigastrio, y que reunia las dos anteriores, era blanda y renitente, y estaba al parecer formada por un saco lleno de líquido. Haciendo una incision en esta ùltima salió una gran cantidad de líquido agrisado, purulento é inodo-

ro, dejando una cavidad donde cabia à lo menos la cabeza de un feto de término, y en cuya cara interna se elevaban ocho à diez tumores, que por término medio tenian el tamaño de una naranja. Cortados estos presentaron todos un tegido análogo: eran millares de filamentos delgados, rojos ò blancos, que se entrecruzaban en mil sentidos diferentes, dejando entre sí areolas llenas de un líquido incoloro en unas, y rojo ó pardusco en otras, y que por su consistencia, tenacidad y manera de formar filamentos entre los dedos, tenia mucha relacion con el moco de las fosas nasales.

En las mas considerables de las referidas areolas podia colocarse una avellana pequeña, y en las menores apenas cabia la cabeza de un alfiler de un grueso mediano. Sería, à nuestro parecer, muy difícil referir este tegido á ninguno de los descritos hasta el presente: en algunos sitios parecia aproximarse al escirro reblandecido, en otros al tegido erectil accidental, asemejándose mucho á un pedazo de bazo vacío de sangre, despues de repetidas lavaduras. Las otras dos partes del tumor se hallaban compuestas de un tegido enteramente análogo.

Rodeaba á la totalidad del tumor una membrana gruesa, manifiestamente fibrosa, cuya superficie esterna estaba cubierta por el peritòneo. La cara interna examinada en el saco grande era rugosa, de color de heces de vino, y estaba tapizada por una capa albuminosa membraniforme, y semejante à la que viste las paredes de las cavernas pulmonares. Ademas presentaba gran número de granulaciones pequeñas y blancas, del tamaño de un grano de mijo, y bastante parecidas á las que se elevan de la cara interna de muchas hidátides, conocidas con el nombre de acefalocistes.

Esta membrana podia dividirse con facilidad en gran número de hojas sobrepuestas unas à otras. En algunos puntos presentaba la hoja mas interna una coloracion de un negro subido en forma de placas anchas y de estrias largas.

El grande epiplon, del mismo modo que las porciones del peritóneo, que despues de haber tapizado los vacíos se dirijen à la parte anterior de la columna vertebral para constituir el mesenterio, se habian transformado en masas cancerosas gruesas, que cortadas presentaban en muchos puntos un tegido blanco y opaco, recorrido por numerosas líneas rojizas (tegido encefaloideo en estado de crudeza). En otros sitios solo se hallò una especie de detritus rojizo, y aun verdaderos derrames sanguíneos (tegido encefaloideo reblandecido). Por otra parte, con el tegido blanco y duro que acabamos de describir, estaba mezclado otro amarillento y friable que se quebrantaba con facilidad entre los dedos, como el sulfato de cal saturado de agua (materia tuberculosa).

El útero estaba perfectamente sano.

El hígado tenia en su interior tres ò cuatro masas cancerosas pequeñas formadas por tegido encefaloideo en estado de crudeza, cada una de las cuales ofrecia, sobre poco mas ò menos, el tamaño de una avellana.

La cara interna del estómago se encontraba pálida, y su mucosa sana.

Los pulmones perfectamente crepitantes y de un blanco sonrosado, no escedian en cada lado del nivel de la cuarta costilla. El corazon estaba sano, y lleno de sangre negra y líquida.

13. Si despues de haber examinado las diferentes variedades de tumores que pueden estar formados por el hígado, pretendiésemos determinar las enfermedades á que generalmente corresponden, hallaríamos que respecto de esto no puede establecerse ninguna regla constante. Con efecto, por una parte casi no hay afeccion alguna en la que no se pueda modificar la forma del hígado, de manera que resulte un tumor fácil de reconocerse durante la vida; y por otra todas las enfermedades de dicho órgano pueden nacer, desarrollarse, y recorrer sus diversos periodos, sin que el hígado aumente de volúmen de modo que constituya tumor.

En los casos de simple congestion sanguínea, bien sea activa y producida por un estímulo vital, ó ya dependiente de un obstáculo mecánico á la circulacion, puede entumecerse el hígado bastante para que se perciba en el hipocondrio derecho y en el epigastrio. Esta tumefaccion es algunas veces muy rápida, y muchas tambien se la ve desaparecer con la misma prontitud con que se ha formado, ora espontáneamente, ora á consecuencia de emisiones sanguíneas mas ó menos copiosas. Hay enfermos en quienes se entumece con frecuencia el hipocondrio derecho en poco tiempo, recobrando alternativamente del mismo modo su consistencia ordinaria. Tales tumefacciones intermitentes del hígado se observan sobre todo durante el curso de ciertas afecciones orgánicas del corazon, y por otra parte no van acompañadas en el mayor número de casos de ningun trastorno en las funciones del hígado; no sienten los enfermos dolor, ni presentan signo alguno de ictericia; sin embargo, algunas veces se quejan de una sensacion penosa, de una especie de peso hácia el hipocondrio, y se estiende por su piel un colorido ligeramente amarillo. Despues de haber aparecido y desaparecido de esta suerte, repetidas veces, puede hacerse permanente el entumecimiento del hígado, y lo que al principio consistia solo en una congestion sanguínea pasagera, convertirse insensiblemente en una grave alteracion de testura.

Creemos que es muy difícil trazar en el hígado, lo mismo que en los demas órganos, una línea rigurosa de demarcacion entre el grado mas elevado de la simple congestion activa, y la inflamacion propiamente dicha. Esta puede existir tanto en el estado agudo como en el crónico sin ocasionar ninguna especie de tumor, y si al mismo tiempo falta el dolor, será muy oscuro el diagnóstico. Mas en gran número de casos produce la hepatitis aguda el entumecimiento del hígado, pudiendo entonces percibirse este órgano en el hipocondrio. Por otra parte puede existir la referida tumefaccion con ó sin dolor, con ó sin ictericia.

A veces dura pocos dias y desaparece; en otros casos persiste por muchas semanas, y aun por muchos meses, disipándose al cabo de este tiempo, y siendo entonces necesario admitir que solo ha habido ingurgitacion del hígado, sin cambio alguno real en su nutricion. Tal tumefaccion por infarto inflamatorio del órgano puede formarse con rapidez, y permanecer en lo sucesivo estacionaria, ó bien no desarrollarse sino de un modo insensible: en el primer caso la hepatitis es aguda al principio, y pasa secundariamente al estado crónico; en el segundo es primitivamente crónica. Estas diversas ingurgitaciones del órgano secretor de la bilis son tanto mas dignas de llamar nuestra atencion, cuanto que constituyen ciertamente el orígen de gran número de afecciones orgánicas, bien sea la hipertrofia é induracion de la sustancia, bien la degeneracion cancerosa, etc. Los referidos infartos sanguíneos agudos ó crónicos sin ninguna otra alteracion, pueden combatirse ventajosamente por los diversos medios terapéuticos, que por lo regular carecen de eficacia contra la mayor parte de las alteraciones de testura que suele producir inmediatamente la misma ingurgitacion. Por no haber distinguido suficientemente estos diferentes casos se han acusado de inútiles los remedios, que empleados con ventaja para hacer desaparecer muchos tumores del hígado, han sido ineficaces en otras circunstancias idénticas en la apariencia.

En los casos de simple ingurgitacion (1) del hígado, el tumor que forma presenta una superficie lisa sin abolladuras ni hundimientos. Lo mismo puede acontecer con diversas alteraciones de testura; pero en este último caso se observa con frecuencia lo contrario. En efecto, cuando se halla endurecido el tegido del hígado, presenta muchas veces en su superficie numerosas desigualdades, que resultan de no ser idéntica la hipertrofia en todos los puntos. Cuando se desarrollan en el parenquima hepático masas cancerosas, reconoce el tacto con mas frecuencia que en ninguna otra afeccion numerosas abolladuras que elevan las paredes abdominales. Pero es notable que á veces, al cabo de algun tiempo mas ó menos largo, desaparecen tales abolladuras, vaciándose verdaderamente el lugar que ocupaban, y percibiéndose por el tacto en vez de una elevacion un hundimiento. Esto indica un funesto progreso de la enfermedad, pues donde se reconoce que una depresion ha reemplazado á una abo-

(1) La estructura del hígado, tal como la hemos indicado precedentemente, esplica la facilidad con que pueden verificarse tales ingurgitaciones, su frecuencia, y el rápido aumento de volúmen que suele adquirir el órgano.

lladura, puede asegurarse que se ha reblandecido de un modo considerable una masa cancerosa.

Pueden formarse en el hígado estensos abscesos, sin que vaya acompañada su presencia de ningun entumecimiento del órgano apreciable al tacto. Otras veces existe un tumor en el hipocondrio, pero sin presentar mas caractéres que los correspondientes á una simple ingurgitacion sanguínea del hígado, y es á nuestro parecer el caso mas comun. En otras circunstancias, situado el absceso muy superficialmente, solo constituye su pared anterior una capa muy delgada del hígado, que se halla en contacto inmediato con las paredes abdominales: entonces, ejerciendo una conveniente presion, puede reconocerse la existencia de una cavidad llena de líquido, al rededor de la cual se percibe un cuerpo duro, que es la porcion del parenquima que rodea al absceso.

Las hidatides desarrolladas en el hígado están encerradas en un saco de paredes fibrosas, que forma muchas veces una prominencia al esterior del órgano, que el tacto puede reconocer.

El tumor resultante eleva por lo regular un punto de las paredes abdominales, y se percibe á simple vista. Si se palpa y comprime en diversos sentidos, llama la atencion su estremada consistencia y grande elasticidad, que corresponden á su composicion anatómica: estos caractéres esteriores nos parecen tan pronunciados, que á lo menos deben obligarnos á considerar que muy probablemente el tumor apreciable á la vista y al tacto en el hipocondrio derecho, y que aparenta continuarse por detras de las costillas, es debido al desarrollo de un saco hidatífero. Tal especie de tumor, cuando está exento de toda complicacion, puede por otra parte existir mucho tiempo sin producir dolor, sin dificultar visiblemente las funciones del hígado, sin determinar trastorno simpático en la economía, sin ocasionar calentura ni alterar el movimiento nutritivo general: estas circunstancias contribuyen tambien á aclarar el diagnóstico.

En la Caridad hemos observado una notable terminacion de estos tumores, á saber: la transformacion del saco hidatífero en foco purulento. La enferma habia presentado por mucho tiempo cerca del epigastrio, é inmediatamente debajo del borde cartilaginoso de las costillas derechas, un tumor globuloso, eminentemente elástico, y del tamaño de una naranja, sin dolor ni cambio de color en la piel, y con integridad de la salud general. Este tumor nos pareció un saco de hidatides. Al cabo de cierto tiempo empezó á ocasionar un dolor, que al principio era poco vivo, y que despues se hizo lancinante por intervalos; las facciones se alteraron, se estableció un movimiento febril, enflaqueció en po-

co tiempo de un modo notable la enferma, y sobrevino una copiosa diarrea mucho despues de la aparicion de los diversos síntomas que acabamos de enumerar, y que al cabo terminaron por la muerte.

Al abrir el cadáver se halló en la cara superior del lóbulo izquierdo del hígado un tumor que correspondia al punto donde se habia percibido durante la vida al través de las paredes abdominales. Cortado este tumor salió una cantidad de pus verdoso é inodoro, en medio del cual nadaban varias hidatides rotas y desgarradas, y restos de otras muchas. Casi la totalidad del lóbulo izquierdo se hallaba ocupada por una gran cavidad, que contenia el pus y las hidatides á que la incision habia dado salida.

Creimos poder admitir que el tumor apreciable durante la vida habia consistido primero en un simple saco de hidatides, y que inflamándose luego en vez de la serosidad, segregó pus; apareciendo entonces el conjunto de síntomas graves, en medio de los cuales murió la enferma. Era de notar el estado de las hidatides, siendo probable que cesasen de vivir cuando el pus empezó á rodearlas. Otra vez hemos hallado restos de hidatides en medio de un absceso enquistado del peritóneo; y con este motivo recordaremos que en el tomo II de esta obra hemos citado casos en que la materia tuberculosa se depositó al rededor de hidatides, é invadió poco á poco una cavidad ocupada primitivamente por los referidos entozoarios.

Mas adelante hablaremos de otros tumores que ocupan el hipocondrio derecho, y dependen de diversas alteraciones de la vegiga de la hiel.

14. Entre los medios que pueden ponerse en práctica para descubrir el volúmen del hígado, no debe echarse en olvido la percusion de la parte inferior derecha del pecho. Hay casos en que al mismo tiempo que el órgano encargado de la secrecion de la bilis forma un tumor en el hipocondrio derecho, en el epigastrio ó en otros puntos del abdomen, empuja con fuerza hácia arriba el diafragma, y asciende mas de lo acostumbrado en la cavidad torácica, aplicándose con exactitud á las costillas, y no permitiendo á los pulmones que se interpongan por delante de él. Entonces las paredes torácicas producen en toda su parte inferior derecha un sonido macizo, mas completo y estenso que de costumbre; y aun algunas veces, desarrollándose considerablemente el lóbulo izquierdo del hígado, se aplica contra las últimas costillas izquierdas, resultando de la percusion un sonido semejante al que determina con mucha mas frecuencia en este sitio el entumecimiento del bazo. Conviene tener presente que

el hígado puede desarrollarse de esta manera de un modo considerable, ya por la parte superior hácia el pecho, ya lateralmente en su porcion izquierda, sin esceder del nivel de las costillas; de modo que entonces el aumento del sonido macizo en los puntos indicados es el único dato que puede dar á conocer su incremento de volúmen.

Otras veces, por el contrario, es mas claro que habitualmente el sonido de la parte inferior derecha del torax, lo cual acontece cuando hay diminucion de volúmen del hígado; y este dato debe tenerse presente siempre que los demas signos induzcan á sospechar la existencia de semejante lesion.

15. Parece que debe alterarse el líquido segregado por el hígado cuando hay lesion de este órgano. Sin embargo no siempre acontece asi. Hay casos en que habiéndose hallado el hígado gravemente enfermo por mucho tiempo no presenta la bilis ni en su cantidad ni en sus cualidades ninguna modificacion, á lo menos apreciable á nuestros sentidos. Otras veces por el contrario se encuentra notablemente alterada la bilis, aunque se nos oculte completamente la lesion del hígado que contribuye á producir semejante cambio. Hemos hallado por ejemplo con mucha frecuencia que la vejiga de la hiel solo contenia un líquido acuoso ó albuminoso teñido de un color ligeramente amarillento, que la superficie interna de los conductos biliarios no estaba como acostumbra teñida de amarillo, y que habia en su cavidad un poco de líquido semejante al de la vejiga. Hemos visto la bilis en tal estado en los tres casos siguientes: 1.° cuando hay degeneracion grasienta del hígado, como si entonces la secrecion de la bilis fuese reemplazada por la de una materia crasa: 2.° en algunos casos de atrofía del órgano cuando ha llegado á un alto grado: 3.° en otros, en que hay hipertrofia, induracion del parenquima hepático ó desarrollo de cirrosis ó de granulaciones rojas. Es probable que se halle comprometido en estos diversos géneros de lesiones orgánicas el elemento anatómico que concurre á la secrecion de la bilis. Nos ha parecido que este líquido se aleja con menos frecuencia de su estado natural, á lo menos en la apariencia, cuando existen en el hígado producciones accidentales como pus, cáncer, tubérculos ó hidatides, aunque estas producciones ocupen mas de la mitad, y aun las tres cuartas partes de la totalidad del parenquima hepático. Por el contrario en muchos sugetos muertos á consecuencia de diferentes enfermedades agudas ó crónicas estrañas al aparato biliario, y en quienes nos pareció hallarse el hígado en su estado normal, observamos la misma bilis serosa: tanto en la vejiga como en los principales conductos pa-

recia componerse únicamente de agua, albúmina, y una pequeña cantidad de materia colorante amarilla. Creemos que no carece de importancia el conocimiento de estos hechos: tienden, si podemos espresarnos así, á elevar al rango de las ideas positivas, una que cuenta en el dia numerosos partidarios, especialmente en Inglaterra, y que consiste en mirar cierto número de desarreglos de la digestion como dependientes de un vicio de secrecion de la bilis. Dícese que porque esta no pasa al duodeno, ó porque llega á él muy alterada se nota en muchos individuos: 1.° modificacion en el número y cualidades de las cámaras, que son raras, decoloradas, muy consistentes, etc.: 2.° probablemente quilificacion incompleta, y en su consecuencia malas digestiones, marasmo, etc. Tal opinion nos parece que deja de ser una simple hipótesis, desde que se prueba que en cierto número de casos se halla realmente modificada la bilis en sus cualidades de un modo notable, como resulta de los hechos que acabamos de citar. Pero aunque esta transformacion casi completa de la bilis en agua y albúmina sea la mas evidente, es probable que no sea la única que pueda sufrir. A lo menos es cierto que en los cadáveres se hallan las mayores diferencias en el aspecto de la bilis de la vejiga; su color varía desde el amarillo claro hasta el negro mas subido, y su consistencia presenta infinitos grados desde aquel en que corre como agua, hasta el en que se parece á jarabe muy espeso, ó finalmente se halla solidificada. Hay ciertas bilis que puestas en contacto con la piel escitan una sensacion desagradable de calor acre y de picor, respecto de lo cual son de notar los esperimentos de Morgagni, quien habiendo colocado en el tegido celular de muchos animales bilis tomada de diferentes cadáveres, vió que en ciertos casos no obraba sino como un simple cuerpo estraño en el punto donde se deponia, sin resultar de su absorcion ningun efecto funesto, al paso que en otros casos tenia una accion eminentemente deletérea. Seria de desear que se repitiesen ó continuáran tales esperimentos. Es tan poco conocida la manera como obra la bilis para cooperar al acto de la digestion, que no se puede prever qué especie de influencia ejercerá sobre esta un cambio en las cualidades, en las proporciones, ó en la naturaleza de los elementos de aquel líquido. La modificacion que nos parece mas notable tiene acaso muy poca influencia para el complemento de la digestion, al paso que tal vez será de grande importancia otra que creemos menos grave.

Sentados estos hechos ¿es posible restablecer en su integridad la secrecion de la bilis? ¿Qué medios deben emplearse con este fin? Nótese que en muchos casos en que el aspecto que

presenta la bilis hallada en el cadáver parece ser diferente del de su estado normal, se halla esento el mismo hígado de alteraciones apreciables, y parece tan solo que ha perdido la facultad de separar de la sangre los elementos de la bilis en sus proporciones ordinarias, en virtud de una modificacion latente de sus propiedades vitales, ó de su estructura molecular. Los médicos ingleses aseguran que devuelven al hígado dicha facultad, y por consiguiente que restablecen el curso de la bilis: 1.° irritando la membrana mucosa intestinal por medio de los purgantes convenientemente administrados; y 2.° dando el mercurio dulce, que segun ellos ejerce una accion particular en la secrecion del hígado. De esta manera dicen que aseguran la regularidad de las cámaras, restablecen las digestiones depravadas, vuelven la frescura y la robustez, etc. De modo que los mismos desórdenes funcionales que en la escuela de Broussais se consideran como resultado de diferentes graduaciones de la gastro-enteritis, se tienen en otros puntos como dependientes de un simple vicio de secrecion de la bilis, en la firme persuasion de que se moderan con los medios que debian exasperar la gastro-enteritis si existiese. Es tan grande la conviccion de los médicos ingleses con respecto á la bondad de su teoría y á la eficacia de su práctica, que nos parece debe ser objeto de duda, y por consiguiente de exámen, para todo sugeto reflexivo.

Creemos que se hallaria muy embarazado el que quisiera resolver la cuestion antes de esperimentar. Si se interroga la teoría, la de los médicos de la gran Bretaña se apoya en ideas fisiológicas tan sanas y tan adoptables como la emitida por Broussais. Si se acude á la anatomía patológica, tampoco resuelve la cuestion, pues que del mismo modo ofrece al que las busca, alteraciones apreciables en las cualidades de la bilis, como inflamaciones intestinales. Contando finalmente los resultados de los dos métodos terapéuticos se aumentará la dificultad, pues en Inglaterra se han escrito tantos libros, y se han citado tantas observaciones en favor del uso de los calomelanos, y de los diversos purgantes, etc. para hacer cesar ciertos desarreglos de las funciones digestivas; como en Francia se han publicado hechos en favor del uso de los antiflogísticos en las mismas circuntancias. Nuestra opinion personal es que si se hiciera un estudio esperimental comparativo de ambos medios terapéuticos, se obtendria por conclusion que uno y otro deben emplearse segun los casos. Lo que podemos afirmar es, que muchas veces hemos visto cesar con rapidez mediante la administracion de los purgantes ciertos trastornos de

la digestion, caracterizados especialmente por anorexia, ó por una grande irregularidad del apetito, por embarazo ó peso en el abdomen, que se prolongaba mucho tiempo despues de la introduccion de los alimentos en el estómago, por borgorismos incómodos, y por cámaras alternativamente frecuentes ó muy raras. Al mismo tiempo existia mal estar general habitual, estado de languidez físico y moral, tinte amarillento de la cara, ojos empañados y lengua sucia. Los casos de este género en que hemos visto que aprovechan los purgantes, son demasiado numerosos para que puedan considerarse como escepciones. La utilidad de los purgantes nos parece ser un hecho tan demostrado en ciertos estados morbosos de las vias digestivas, que por lo mismo no creemos puedan referirse á un estado inflamatorio. En teoría se esplican las ventajas de semejante medicacion diciendo que la enfermedad era un vicio de secrecion de la bilis ó del moco intestinal: sin duda existe entonces alguna alteracion en los órganos secretores de dichos líquidos; pero añadir que necesariamente consiste en una irritacion es escederse y aun contrariar la observacion de los hechos.

No solo hemos comprobado en el cadáver las modificaciones en las cualidades de la bilis de que acabamos de hablar. Nos ha llamado sobre todo la atencion en gran número de inspecciones la prodigiosa cantidad de bilis que ocupaba el conducto intestinal en ciertos individuos que durante la vida habian tenido una copiosa diarrea. En cuanto al hígado no presentaba ninguna alteracion apreciable, hallándose solo ingurgitado de bilis. El tubo digestivo se encontraba ó bien gravemente afectado, estando su membrana mucosa inflamada, desorganizada ó ulcerada, ó bien por el contrario sin otra lesion apreciable mas que una ligera inyeccion de los vasos que se distribuyen por la membrana mucosa ó por bajo de ella: de modo que si en el primer caso puede decirse con M. Broussais, que el flujo bilioso ha sido consecutivo á la irritacion intestinal, no sucede lo mismo en el segundo. Si se invoca la susceptibilidad individual, si se dice que la irritacion primitivamente desarrollada en los intestinos ha desaparecido de estos, produciendo una metastasis en el hígado, creemos que solo se elude la objecion por medio de una hipotesis; por otra parte, ¿no podría sostenerse tambien que en vez de ser la inyeccion vascular que se halla en algunos puntos de los intestinos indicio de una inflamacion y causa primitiva del flujo bilioso, es por el contrario efecto del mismo? ¿No puede, en efecto, acontecer que la escesiva cantidad de bilis que se encuentra en contacto por un tiempo dado

con la membrana mucosa intestinal se convierta en una causa de irritacion? Por otra parte, no puede dudarse que una escitacion poco intensa del tubo digestivo como la que, por ejemplo, produce un purgante minorativo, basta en ocasiones para determinar un flujo abundante de bilis. ¿No podrá algunas veces ser muy ventajoso en ciertos estados morbosos de la economía este efecto ocasionado por los purgantes? Si vemos resolverse muchas enfermedades al mismo tiempo que se establece una accion fluxionaria sobre la piel, sobre los riñones ó las glándulas salivales, ¿por qué esta misma accion establecida en el hígado no será tambien útil en ciertos casos? ¿Por qué no se ha de provocar artificialmente como se provocan los sudores, la orina y la salivacion?

16. Independientemente de que la bilis pase ó no á los intestinos, se tiñen de amarillo en gran número de afecciones del hígado, y aun en ciertos sugetos en quienes no se descubre enfermedad real de este órgano, los diferentes tegidos esteriores é interiores, pudiendo tener diversas graduaciones el color. De aquí resulta la ictericia, enfermedad cuya naturaleza y causas nos parecen todavía muy oscuras. Los siguientes hechos y consideraciones no carecerán tal vez de importancia para aclarar su historia.

Examinemos primeramente cuál es el estado del hígado en la ictericia.

Solo hay una lesion en el aparato biliario que se halle enlazada de un modo constante con la ictericia, á saber: la obstruccion del conducto hepático ó colidoco. Nos limitamos por ahora á recordarla, debiendo indicar mas adelante sus causas y principales variedades.

Otras veces se hallan libres los conductos biliarios despues de la muerte, no permitiendo dudar la naturaleza de las cámaras que durante la vida se encontraban en el mismo estado.

Sin embargo, hay ictericia, y la esplica la existencia de diversas lesiones orgánicas del hígado; pero respecto de esto del mismo modo que en el caso precedente no puede establecerse una regla constante. Efectivamente: 1.° pueden igualmente ir acompañadas de ictericia, ya la simple ingurgitacion sanguínea del hígado, ya los diversos grados de hipertrofia y de atrofía de sus dos sustancias, ó de una sola, ya su reblandecimiento é induracion, ya su supuracion, ya finalmente su degeneracion cancerosa, tuberculosa, etc.; 2.° no puede asegurarse que ninguna de estas afecciones vaya acompañada con mas frecuencia que otras de la ictericia, y 3.° todas han existido sin ocasionar el referido cambio de color. Este, pues, no es consecuencia ne-

cesaria de ninguna de ellas, y se necesitan otras condiciones para que aparezca.

En algunos ictéricos están exentos de toda alteracion apreciable el hígado y sus dependencias; pero se hallan lesiones en órganos cuya irritacion ha podido propagarse al hígado, ora por continuidad ó contiguidad de tegido, ora por simpatía. Hemos comprobado principalmente las tres lesiones siguientes: 1.° una duodenitis aguda ó crónica en diversos grados; 2.° una inflamacion de la pleura diafragmática del lado derecho, y 3.° una flegmasia del celebro ó de sus membranas. Este tercer género de lesion coincide mas rara vez que los otros con la ictericia.

Finalmente, en muchos casos de coloracion general amarilla no se encuentra ninguna lesion ni en el hígado ni en sus dependencias, ni en los órganos que por su situacion y naturaleza ejercen alguna influencia en el aparato hepático.

Entre los individuos que se hallan en este caso hay algunos en quienes el color amarillo constituye la enfermedad primitiva. Se ponen ictéricos sin esperimentar ningun otro accidente morboso; dura este cambio de color por espacio de ocho dias ó un mes, y los conduce repentinamente al sepulcro otra afeccion. Poseemos tres observaciones de este género: en la primera fue la muerte resultado de una hemorragia celebral; en la segunda se debió á una peritonitis sobreaguda, y en la tercera sobrevino de repente sin que la abertura del cadáver demostrase ninguna lesion que pudiera esplicarla. En dos de estos casos la completa decoloracion de las cámaras anunciaba que la bilis no distendia el duodeno; en el tercero las evacuaciones alvinas se habian conservado constantemente amarillas.

Si investigamos ahora las circunstancias en que suele aparecer este cambio de color durante la vida, y que pueden tener alguna influencia en su produccion, hallaremos principalmente las siguientes:

1.° En muchas afecciones agudas ó crónicas del hígado reveladas por diversos órdenes de síntomas, se presenta la ictericia ya en todo su curso, ó ya acompañando tan solo á uno de los periodos de su existencia.

2.° Una gastro-enteritis aguda ó crónica.

3.° Ninguna enfermedad antecedente, y solo una viva emocion moral, un gran temor, un acceso de cólera, etc. Entonces es con frecuencia instantánea la aparicion del color amarillo. ¿Cuál es en tal caso su causa? ¿Determinará la emocion moral una duodenitis? Cuando menos es muy dudoso, y nos inclinamos á admitir mas bien que la causa de la ictericia debe colocarse en el plexo nervioso, tan notable por su volúmen, y

por su doble orígen en los centros de la vida animal y orgánica, y que entra en el hígado con los vasos que se distribuyen unidos á sus últimas ramificaciones. ¿Quién sabe si la repentina modificacion que puede esperimentar este plexo en sus funciones á consecuencia de una impresion moral tendrá una poderosa influencia en la secrecion de la bilis? Consultemos la analogía, y nos conducirá á resolver afirmativamente esta cuestion. Vemos, en efecto, que las impresiones morales alteran y cambian las secreciones, ya aumentándolas, ya disminuyéndolas ó suspendiéndolas. Obsérvese por ejemplo el influjo que tienen las diferentes especies de emociones en la secrecion de las lágrimas, del sudor, etc.

4.° Algunos individuos que se hallan en buen estado de salud, sienten repentinamente un dolor vivo, lancinante, insoportable, que ora contínuo y ora se reproduzca por accesos, tiene su asiento en el hipocondrio derecho, cerca del epigastrio. De resultas de este dolor les invade una ictericia, que dura mas ó menos tiempo, y desaparece en seguida para reproducirse en consecuencia de otro nuevo dolor. Creemos que en cierto número de casos se atribuye con razon semejante dolor y la ictericia efecto suyo á una concrecion calculosa detenida en las vias biliarias. ¿Pero es esta su única causa? En muchos sugetos desaparece la ictericia con el dolor, sin que nunca arrojen piedras. Pudiera á la verdad decirse entonces que la concrecion habia producido el dolor y la ictericia por su permanencia en el conducto hepático, cesando ambos síntomas por el paso del cálculo al conducto cístico, y de aquí á la vegiga de la hiel; pero debiera encontrarse en este receptáculo, y lo cierto es que en un individuo cuyo cadáver hemos tenido ocasion de abrir, y que poco antes de su muerte habia esperimentado un dolor muy vivo en la region del hígado con ictericia, durando este síntoma al tiempo de su muerte, no hemos hallado ningun indicio de cálculo, ni en los conductos biliarios ni en la vejiga de la hiel: padecia este sugeto un aneurisma del corazon. Observemos ademas, que con mucha frecuencia se encuentran cálculos gruesos detenidos en los conductos biliarios, sin que nunca hayan determinado dolor alguno notable, y que muchos enfermos los han arrojado en abundancia sin esperimentar esos dolores vivos, atroces, que por su modo de aparicion, reproducciones, naturaleza é intensidad parecen una neuralgia. En efecto, nos inclinamos á creer que cuando menos una de las variedades de la afeccion designada con el nombre de *cólico hepático*, es tan solo una neuralgia, que tiene su asiento en el plexo del mismo nombre.

Uno de los efectos mas notables de semejante neuralgia sería modificar ó, mejor aun, suspender la secrecion de la bilis, ocasionando la ictericia. ¿Y qué tiene esto de particular, cuando puede producirse igual efecto por una simple emocion moral? ¿No acontece lo mismo, suspendiéndose al parecer la secrecion del moco intestinal, á consecuencia de la constipacion dolorosa del cólico de plomo, que es probable sea tambien una neuralgia que tenga su asiento en otra porcion de los plexos del gran simpático? ¿No vemos que acompañan á las diversas neuralgias de la cara las mas notables modificaciones en la secrecion de las lágrimas, de la serosidad exhalada por la conjuntiva, y del moco nasal? Finalmente, ¿no podemos recordar en comprobacion de la influencia nerviosa en las secreciones, que los animales, en quienes los nervios del quinto par no comunican con el encéfalo, ofrecen una estremada sequedad de la superficie del ojo y de las narices? Si todos estos hechos demuestran hasta la evidencia que la mayor parte de las secreciones se modifican notablemente bajo la influencia viciada del sistema nervioso, será necesario convenir en que puede acontecer lo mismo en el hígado; y si por otra parte los síntomas observados durante la vida se parecen á los de las neuralgias que residen en otros órganos; y si la abertura de los cadáveres nada descubre que esplique tales síntomas, tendremos que confesar que á lo menos es muy probable la opinion emitida, que consiste en mirar como neuralgias á ciertos cólicos hepáticos.

5.º Hay individuos en quienes se presenta la ictericia, se desarrolla y termina, sin que la preceda ni acompañe ninguna especie de síntomas que pueda revelar una afeccion del hígado ó de otro órgano. Tales sugetos no se creerían enfermos si ignorasen que estaban amarillos. Entonces continua por lo regular la bilis pasando al duodeno, como lo demuestra la naturaleza de las cámaras; se conserva el apetito, y no se nota ningun trastorno apreciable en las digestiones; de modo que es muy poco probable que la ictericia reconozca por orígen una irritacion de las vias digestivas, y en particular del duodeno, á menos que no se admita la existencia de una duodenitis desprovista de toda especie de síntomas.

Tales son los principales estados de la economía durante los cuales aparece la ictericia. Hasta ahora nos hemos limitado á la estricta observacion de los hechos; pero si queremos investigar como llegan á impregnarse la mayor parte de los tegidos de una materia colorante amarilla que se manifiesta al mismo tiempo en los líquidos, cuando existe un estado morboso en el hígado ó en otro punto; encontraremos no pocas di-

ficultades. Muchos médicos no dudan en creer que toda ictericia es producida por la bilis, que reabsorvida en el hígado entra en el torrente circulatorio, conduciéndola la sangre á todos los tegidos; pero aun falta mucho para que llegue á probarse semejante reabsorcion. ¿Qué observaciones la demuestran, ni aun qué analogías autorizan á suponerla en los numerosos casos en que acompaña la ictericia á las diversas enfermedades orgánicas del hígado, ó cuando sobreviene á consecuencia de una emocion moral? ¿Por otra parte se ha notado que la influencia nerviosa active la absorcion? Si hubiésemos de elegir una hipótesis, daríamos la preferencia á la opinion que admite la aparicion de la ictericia, cuando alterado el hígado en su testura ó en sus funciones cesa de separar de la masa de la sangre los materiales de la bilis que se supone existir en ella. A la verdad que estos materiales no se han encontrado mas que en los sugetos ictéricos, como la urea se ha hallado en la sangre de los animales, á quienes se habian estraido los riñones. A nuestro parecer se ha dado una lejítima interpretacion á este hecho, diciendo que no puede descubrirse la urea que existe normalmente en la sangre, porque es muy corta su cantidad, á causa de eliminarse por los riñones á medida que se forma. Lo mismo puede asegurarse con relacion á la ausencia de los materiales de la bilis en la sangre cuando no hay ictericia. Mas natural es admitir la reabsorcion de la bilis cuando la coloracion general amarilla existe simultáneamente con la obliteracion de los conductos biliarios. Pero aun en este caso puede esplicarse de otra manera la ictericia: la bilis cesa entonces de separarse de la sangre porque tal separacion no tendria resultado alguno; nada puede pasar por el conducto colidoco, y de consiguiente no debe formarse el líquido que se halla destinado á transmitir. ¿Es esto mas sorprendente que el afluir la bilis con mas abundancia al duodeno bajo la influencia de la irritacion, que obra solamente sobre la estremidad intestinal del mismo conducto colidoco? En uno y otro caso hay la misma correspondencia de acciones orgánicas, pudiendo hacerse una aplicacion particular de la ley de sinergia establecida por Barthez.

Por otra parte es muy posible que en algunos casos no dependa el colorido amarillo de la piel de la presencia de la bilis en la sangre, sino mas bien de una especie de equimosis general que se forme en la capa reticular del dermis: ¿será esto lo que sucede en muchos casos de ictericia de los recien nacidos y en la calentura amarilla?

ARTICULO II.

SINTOMAS GENERALES Ó DESORDENES PRESENTADOS POR LAS FUNCIONES DE DIFERENTES APARATOS EN LAS ENFERMEDADES DEL HIGADO.

17. El trastorno que esperimentan las funciones es muy vario, no solo segun las diferentes afecciones que pueden invadir al hígado, sino tambien en una misma enfermedad, segun su estado agudo ó crónico, sus diversos grados de intensidad, y sobre todo segun las disposiciones individuales. Entre estas alteraciones de funciones, unas son puramente mecánicas, tales como las colecciones serosas que tienen su asiento en el peritóneo y en muchas porciones del tegido celular, cuando existe algun obstáculo al libre paso de la sangre venosa que atraviesa habitualmente por el hígado; otras resultan de las diversas acciones orgánicas que acompañan casi siempre á las enfermedades del hígado: con efecto la observacion demuestra que hay frecuentemente complicacion de flegmasia gastro-intestinal, que por otra parte puede ser primitiva ó secundaria á la afeccion del órgano hepático. Alteraciones hay que deben referirse á las malas cualidades de la bilis que afluye al duodeno, de donde se originan trastornos en la digestion; por último otras son puramente simpáticas.

Los síntomas que resultan de estas diversas alteraciones de funciones, son por lo general mas pronunciados que los locales, de que hemos tratado en el artículo antecedente. Pueden manifestarse antes ó despues que estos, y aun existir solos durante todo el curso de la enfermedad: entonces su causa no se revela de un modo cierto sino al abrir los cadáveres. A veces existen solo de un modo intermitente; y en sus intervalos ó bien permanece manifiesta la enfermedad del hígado reduciéndose á algunos síntomas locales, ó bien son estos muy oscuros ó nulos. Cuando la afeccion hepática se halla poco adelantada todavía, se conserva la gordura, permanecen intactas las fuerzas, y en el tiempo que media, por ejemplo, entre los movimientos febriles que se desenvuelven de cuando en cuando, y que van ó no acompañados de tumefaccion y dolor en la region del hígado, disfrutan los individuos de buena salud, sin que nada anuncie que tienen ningun órgano gravemente enfermo. Si por el contrario se encuentra mas adelantada la enfermedad del hígado, queda en los intervalos de dichos síntomas genera-

les un malestar habitual, y un enflaquecimiento que no permiten dudar que algun órgano importante se halla altamente comprometido.

Finalmente, hay enfermedades del hígado que en la mayor parte de su duracion no trastornan de modo alguno las diversas funciones, lo cual acontece sobre todo en los casos en que se desarrollan hidatides, aunque sean muy voluminosas, en el órgano encargado de la secrecion de la bilis, cuando por otra parte no ha sufrido ninguna alteracion el parenquima hepático. Entonces con mucha frecuencia no se desarreglan las digestiones, permanece la circulacion en su estado normal, y no hay siquiera enflaquecimiento; el color de la piel es natural, y como por otra parte no hay ordinariamente dolor, no queda mas signo para reconocer la enfermedad del hígado que el tumor formado en el hipocondrio derecho por el saco hidatífero. Pero este tumor puede faltar tambien, y asi en mas de un caso de este género solo despues de la muerte se ha podido saber que el hígado estaba enfermo, y con frecuencia ha sorprendido el hallar grandes sacos llenos de hidatides en el hígado de algunas personas en quienes nada inclinaba á sospechar durante la vida que existiese semejante afeccion.

§. I.

Trastornos de la digestion.

18. La digestion se trastorna con mas frecuencia que ninguna otra funcion en las diversas enfermedades del hígado, y ofrece á menudo síntomas mas graves y temibles que los ocasionados por la misma afeccion del aparato biliario. Pero en este caso se presenta una cuestion preliminar que aun no está resuelta, á saber: si gran número de enfermedades del hígado reconocerán por causa una lesion gastro-intestinal. La atenta observacion de los síntomas inclina á participar de la opinion de Broussais, quien admite en el mayor número de casos de flegmasia del hígado una duodenitis primitiva. En efecto algunas veces no hemos hallado en la abertura de los cadáveres de sugetos ictéricos mas alteracion que una violenta flegmasia del duodeno que parecia haberse propagado á los conductos biliarios. Tambien nos conduciria frecuentemente á colocar el orígen de la hepatitis crónica en el tubo digestivo el exámen de las causas, bajo cuya influencia se desarrolla. Efectivamente compulsando nuestras observaciones resulta que la mayor parte de los individuos muertos á consecuencia de la hepatitis cró-

nica, cuya historia hemos redactado, habian abusado de los licores alcohólicos (1). Se concibe facilmente que la escitacion producida habitualmente por estos en la membrana mucosa digestiva puede estenderse por continuidad de tegido á la mucosa de los conductos escretores de la bilis, y luego al parenquima hepático. Ademas ha demostrado la esperiencia que el alcohol introducido en las vias digestivas de un animal se absorve con rapidez. Encaminándose tal vez directamente al hígado las moléculas alcohólicas por las venas meseráicas ¿no podrán determinar una fuerte irritacion? Finalmente, es posible que en algunas circunstancias se propague la irritacion de los intestinos al hígado por medio de una inflamacion venosa; esta opinion pertenece á Ribes. Se sabe que este célebre anatómico ha descubierto mediante disecciones detenidas, que la erisipela va muchas veces acompañada de una flegmasia de las venas, por cuyo motivo cree que no será imposible que en ciertas inflamaciones gastro-intestinales sean invadidas por la flegmasia las venas que nacen de la superficie de la membrana mucosa, y la lesion se propague de las referidas venas meseráicas al tronco de la porta, y se estienda tambien al parenquima del hígado. Poseemos dos observaciones que parecen propias para confirmar esta opinion.

Una de ellas es relativa à un sugeto que murió en la Caridad durante el curso del invierno del año de 1826. Presentó la mayor parte de los síntomas de una calentura continua grave: primero mucha reaccion general; piel ardorosa y árida; pulso desarrollado; lengua cubierta de una capa amarillenta con puntos rojos; peso en el epigastrio y diarrea; en seguida tension dolorosa hàcia la region del hígado; ligero tinte amarillo de la conjuntiva y de toda la superficie cutànea; y desde entonces ràpida postracion, sequedad de lengua, dientes y labios fuliginosos, evacuaciones involuntarias, delirio bajo, muerte.

La abertura del cadáver manifestó: 1.° una inyeccion salpicada poco considerable hàcia al fondo del estómago, la cual residia en la membrana mucosa que no se hallaba muy reblandecida, y presentaba la forma de placas esparcidas, que reunidas apenas serian del tamaño de un duro: 2.° estado sano del duodeno, del yeyuno y del principio del ileon (aspecto blanco de la mucosa, ligera inyeccion venosa por debajo de ella): 3.° una inyeccion bastante viva de la membrana mucosa, del tercio inferior del ileon y del ciego: 4.° rubicundez intensa de la superficie interna de la vena mesen-

(1) No debe olvidarse que las observaciones contenidas en esta obra se han hecho en individuos de la clase baja de la sociedad.

térica inferior, del tronco de la vena porta, y de todas sus ramificaciones hepáticas hasta donde podia seguirlas el escalpelo. El mismo hígado se hallaba voluminoso, muy enrojecido, infartado de sangre y friable. Ni la vena esplénica, ni la vena cava, ni sus divisiones estaban enrojecidas; pero volvia á encontrarse la rubicundez en la aurícula derecha del corazon y en el ventrículo del mismo lado, apareciendo tambien, aunque en un grado mas débil, en el tronco de la vena pulmonar. La aorta por el contrario habia conservado su blancura acostumbrada.

Hemos anotado con especial cuidado esta desigualdad de color en las diversas partes del sistema vascular, porque nos ha parecido demostrar que la rubicundez no podia considerarse como simple efecto de la imbibicion sanguínea. Con efecto ¿por qué esta no existia del mismo modo en la vena cava que en la porta, en la aorta que en la arteria pulmonar? La sangre que residia en estos diferentes vasos presentaba en todas partes las mismas condiciones físicas. De lo espuesto pudimos inferir que en este sugeto habia una flegmasia del sistema venoso abdominal, la cual se propagaba al hígado y en seguida á las cavidades derechas del corazon, empezando á invadir la arteria pulmonar, cuando sobrevino la muerte. Por otra parte la enfermedad ofreció como dos periodos que se esplican bien por las lesiones halladas en el cadáver. Comparando dichas lesiones con los síntomas, nos inclinaremos á admitir que al principio hubo una gastro-enteritis bastante ligera que ocasionó los síntomas de calentura biliosa observados en aquella época. Mas adelante se transformó en calentura adinámica, y solo entonces se manifestaron la tension dolorosa del hipocondrio derecho y un principio de ictericia. ¿Serian debidos estos síntomas á la flebitis, que llegando hasta el hígado determinára su inflamacion? Es tanto menos probable que en este caso se propagase la flegmasia desde los intestinos al hígado por medio de las membranas mucosas, cuanto que el duodeno se halló exento de toda alteracion apreciable. No hay necesidad de decir que el hecho actual milita en favor de la opinion de Bouillaud y Ribes, que conceden á las flegmasias vasculares mucha importancia en la produccion de las calenturas llamadas esenciales.

Entrò en la Caridad en 1822 otro enfermo con ascitis, el mismo en quien hallamos un tumor canceroso desarrollado en el pericardio, y cuya historia referimos bajo este último punto de vista en otro volúmen.

La abertura del cadáver manifestò una induracion roja del hígado, Ha-

ciendo una incision en las venas de este òrgano nos llamò la atencion la viva rubicundez de su superficie interna. En la proximidad del tronco de la vena porta se observaba que la membrana interna de este vaso y de sus principales ramos hepáticos se desprendia de los tegidos subyacentes con mas facilidad que de costumbre, hallándose mas blanda y mas friable que en el estado ordinario. En algunos ramos habia una falsa membrana que tapizaba las paredes venosas en forma de una tela delgada, transparente é inorgànica en la apariencia. El mismo tronco de la vena porta, asi como los principales ramos que convergen hàcia el higado para formarle, presentaba en su superficie interna igual rubicundez y friabilidad de su membrana. En el peritòneo existia una coleccion serosa sin indicio de inflamacion. En el tubo digestivo se encontraron signos de flegmasía crónica, tales como el aspecto mamelonado y el color pardusco de la membrana mucosa gàstrica, el mismo color en el duodeno, hàcia la terminacion de los intestinos delgados, en el ciego y al principio del colon algunas úlceras y un notable desarrollo de los folículos con coloracion negra en su circunferencia. Debemos notar que en el resto del sistema vascular, tanto en el perteneciente à la sangre roja, como en el correspondiente à la venosa, era de color blanco la superficie interna de los vasos.

En este caso se hallan reunidos muchos caractéres anatómicos para demostrar la existencia de la inflamacion de la vena porta y de sus divisiones, tanto hepáticas como abdominales. Esta afeccion coincidia con una doble flegmasia crónica del hígado y del conducto digestivo, siendo posible tambien, aun cuando no se halle demostrado, que la lesion invadiera sucesivamente: 1.° los intestinos; 2.° el sistema venoso que de ellos conduce la sangre al hígado; 3.° el mismo hígado. Autoriza á formar semejante suposicion el haber hallado en nuestras notas que la enfermedad empezó por una diarrea que pareció ser la única afeccion por espacio de un año lo menos. Solo al cabo de este tiempo se percibieron en el hipocondrio derecho dolores algo vivos. Por dos veces tuvo el enfermo ictericia, y mas adelante se desarrolló la ascitis.

Esta sucesion de fenómenos indica cuando menos que la enfermedad del hígado fué consecutiva á la de los intestinos.

19. Cualquiera que sea la manera como se propague la irritacion de los intestinos al hígado, puede presentarse tanto en su asiento primitivo como en el consecutivo con numerosos grados y formas diferentes. Desde luego todo desórden en los intestinos puede limitarse á una simple escitacion susceptible de ser, ó bien única como cuando á consecuencia de un ligero esceso en la mesa se declara la ictericia con calentura y tension do-

lorosa del hipocondrio derecho; ó bien repetida, como cuando se introducen con frecuencia líquidos alcohólicos en el tubo digestivo. En estos diversos casos parece que la escitacion no se eleva en los intestinos al grado de flegmasia; la cual por el contrario se declara en el hígado que es mas irritable. Otras veces hay verdadera gastro-enteritis crónica; otras, finalmente, se manifiesta la hepatitis durante el curso de una gastro-enteritis aguda bien pronunciada. En cuanto á las formas que presenta aquella cuando sucede á esta son muy variadas. Ya es crónica desde el principio, no dando lugar á ningun síntoma local bien marcado, hasta que mucho despues de haberse desarrollado se revela su existencia por algunos signos. Ya es el único síntoma que se observa una ictericia, que aparece durante el curso de una flegmasia intestinal, no habiendo por otra parte ni aumento de calor, ni entumecimiento en el hipocondrio derecho: en este caso la abertura del cadáver puede manifestar tres estados en el hígado: 1.° uno inflamatorio de su parenquima, que se anuncia por la rubicundez intensa, el infarto sanguíneo considerable y el reblandecimiento muy pronunciado (1); 2.° nada preternatural en la apariencia en el parenquima del hígado, y solo una tumefaccion notable de la membrana interna de los conductos colidoco y hepático, de donde resulta su obstruccion mas ó menos completa; 3.° ninguna lesion apreciable en el hígado ni en su aparato escretor, lo que prueba que el órgano no ha padecido durante la vida, como procuraremos demostrarlo mas adelante. Con estos tres estados del hígado se encuentran inflamados los intestinos en diversos grados y en varios puntos de su estension.

En otros sugetos la hepatitis consecutiva á una inflamacion intestinal se anuncia desde el principio con síntomas mas pronunciados, pues la ictericia por sí sola no prueba la existencia de la inflamacion del hígado. Sienten los enfermos dolor en todo el hipocondrio derecho, en varios puntos de él, ó del mismo lado del pecho, etc. Los diversos síntomas de la hepatitis pueden presentarse una sola vez durante el curso de una

---

(1) M. Louis en una escelente memoria acerca de los abscesos del hígado, dice haber hallado rojo y reblandecido el parenquima hepático al rededor de ellos, lo cual prueba tambien que la rubicundez y el reblandecimiento del hígado deben colocarse entre el número de las lesiones que en este órgano puede producir la inflamacion. Confiamos mas en nuestras opiniones, cuando se hallan de acuerdo con las de tan escelente observador.

gastro-enteritis crónica; y entonces ó bien desaparecen, ó bien persisten con la inflamacion intestinal, ó sin ella. En otros enfermos los referidos síntomas se manifiestan y desaparecen repetidas veces, á la manera que durante el curso de una estomatitis crónica, por ejemplo, suelen inflamarse por intervalos las glándulas salivales, y tambien á la manera como ordinariamente se manifiesta por intervalos la tumefaccion inflamatoria de los gánglios linfáticos, próximos á cualquier sitio donde existe una flegmasia crónica. Mas en todos estos casos acontece por lo regular que llega una época en que la ingurgitacion se hace permanente, y lo mismo suele verificarse respecto del hígado. Cuando durante el curso de una gastro-enteritis crónica se ven sobrevenir en diversas épocas, ya ictericias que se prolongan por mas ó menos tiempo y se reproducen con intervalos de variada duracion, ya dolores pasageros hácia la region del hígado, ya una tumefaccion tambien transitoria de este órgano, puede llegar una época en que uno ó mas de tales síntomas se hagan permanentes: entonces es necesario admitir ó que antes de este último periodo, aunque no cesase la afeccion del hígado, era sin embargo bastante ligera para revelar su existencia tan solo por síntomas intermitentes, que aparecian cuando se exasperaba, ó, lo que es mas probable, que la afeccion misma era intermitente, y dependia en sus reproducciones del estado del tubo digestivo.

20. Hasta el presente nos hemos ocupado solo de los casos en que la hepatitis parece ser consecutiva á una flegmasia gastro-intestinal. Hay otro mas raro, pero á nuestro parecer no menos real, á saber, cuando esta es consecutiva á aquella. Mas de una vez hemos observado enfermos en quienes ningun síntoma habia anunciado trastorno alguno de las funciones digestivas, y que tenian, sin embargo, una afeccion indudable del aparato biliario, como un estado de hipertrofia del hígado, de induracion roja ó blanca, de degeneracion cancerosa, etc.; sus digestiones empezaban á turbarse únicamente durante el curso de una de estas afecciones, y mucho tiempo despues de su principio. Esta es una de las circunstancias mas favorables que se pueden encontrar en los casos de enfermedades del hígado, pues entonces los enfermos no enflaquecen sino lentamente, y pueden continuar nutriéndose.

Cuando sobreviene una flegmasia gastro-intestinal complicando á una afeccion del hígado, puede establecerse de un modo contínuo, ser solo pasagera, ó reproducirse finalmente por intervalos mas ó menos inmediatos. En los dos últimos casos la forma es aguda; en el primero puede ser aguda ó cró-

nica. Cuando existe la forma aguda son muy variables los grupos de síntomas á que dá lugar, y que resultan de enfermedades de diversos aspectos, á que se han dado nombres particulares. Desde luego la gastro-enteritis de que nos ocupamos puede manifestar su existencia por medio de síntomas locales: la lengua, por ejemplo, que se habia conservado natural en tanto que existia solo la afeccion del hígado, se cubre de diversas capas, se pone seca, roja, hendida, etc.; la capa blanquecina que la cubre se halla salpicada de un rojo vivo; la sed, nula hasta entonces, se hace intensa; hay vómitos, dolor en el epigastrio, y diarrea. Ha sucedido algunas veces en semejantes casos que enfermedades del hígado que habian caminado lentamente, que no habian alterado aun de un modo profundo la constitucion, ni acompañádose de ningun trastorno en las digestiones, se han complicado con todos los síntomas del cólera morbo, tales como vómitos abundantes, deyecciones alvinas muy copiosas, y enfriamiento repentino de la superficie cutánea, siendo los enfermos arrebatados al sepulcro en dos ó tres dias: al abrir los cadáveres hallamos, á mas de la afeccion primitiva del hígado, una inyeccion muy viva de la mayor parte de la membrana mucosa gastro-intestinal, sin ninguna otra alteracion; de suerte que esta flegmasia era mas notable por su estension que por su intensidad en cada uno de los puntos que ocupaba.

Otras veces los sugetos que desde mucho tiempo antes padecen enfermedades del hígado sin estar todavía debilitados, son invadidos de repente de una calentura contínua: se enrojece, seca y ennegrece la lengua; se meteoriza el abdomen, y sobreviene la diarrea; caen en un completo estado adinámico, y mueren con rapidez. Al abrir los cadáveres se hallan en el tubo digestivo indicios de inflamacion aguda, la cual, ó bien parece ser intensa estando la mucosa muy roja, reblandecida y ulcerada en diversos puntos, y encontrándose la gravedad de los síntomas en razon directa con la de las lesiones, ó ya, por el contrario, aparenta ser muy ligera, puesto que no se observa en la mucosa ó debajo de ella sino una inyeccion vascular mas ó menos estensa; pero nótese que entonces sobreviene la flegmasia en un individuo ya debilitado por una afeccion crónica de un órgano importante, y que desde luego reune las condiciones favorables para el desarrollo de un estado de postracion muy grave, con motivo de cualquier inflamacion intercurrente por ligera que sea.

Bajo cualquier forma que se presenten las gastro-enteritis agudas durante el curso de las afecciones crónicas del hígado, es interesante saber que son una de las causas mas frecuentes de

la muerte prematura de gran número de los individuos atacados de estas enfermedades.

Puede acontecer, finalmente, que despues de haber existido al principio el trastorno de las funciones digestivas, en una época en que se hallaba poco determinada la afeccion del hígado; desaparezca despues, y que á medida que la última se pronuncie mas, vuelva la digestion á su estado normal, y no se desarregle de nuevo hasta un periodo muy adelantado la enfermedad hepática.

Hemos observado con especialidad á una mujer, que hasta cosa de 40 años disfrutó de buena salud, y que en esta época, á consecuencia de disgustos domésticos, empezó á esperimentar dificultad para digerir, perdió el apetito, y no tardò en ser acometida de vòmitos pertinaces, que al principio se consideraron como nerviosos por el mèdico que la cuidaba, y fueron combatidos con pociones etéreas, la tintura de castoreo, las píldoras de asa-fétida y almizcle, y los vejigatorios ambulantes aplicados sucesivamente en varias partes del cuerpo. Persistieron estos diversos síntomas gàstricos por espacio de seis semanas próximamente, y despues se disiparon. Habiendo vuelto à adquirir la enferma el apetito y las fuerzas, creyò que habia recobrado la salud; pero al poco tiempo fué acometida de un dolor poco intenso, aunque continuo, à la altura de las últimas costillas derechas, y desde entonces perdió de nuevo las fuerzas, y enflaqueció cada vez mas, no tardando en ingresar en la Caridad. A la sazon todo anunciaba la existencia de una lesion orgànica del hígado: tumor doloroso en el hipocondrio derecho, que se estendia por detras de las costillas; color amarillo pagizo de la piel: enflaquecimiento y pulso frecuente, sin aumento de calor en la piel. Con todo, el apetito era bueno, no habia peso en el epigastrio, ni la ingestion de los alimentos en el estómago era seguida de náuseas, las càmaras conservaban su regularidad, y el vientre estaba blando é indolente en todos los puntos, escepto en el hipocondrio derecho. Ofreció la enferma el mismo estado en las seis semanas siguientes; pero luego perdiò el apetito, volvió á presentar los vòmitos, y murió pocos dias despues de la aparicion de estos nuevos síntomas gástricos. La lengua no perdiò su estado natural hasta el último momento de la vida.

Al abrir el cadáver se halló al hígado mas voluminoso que de costumbre y lleno de masas cancerosas. La membrana mucosa gàstrica tenia un rojo intenso, y estaba pulposa en el fondo y à lo largo del borde cólico, reduciéndose à una papilla rojiza por medio de una ligera raspadura. En el resto del tubo digestivo y en los demas órganos no habia ninguna lesion apreciable.

Los mismos síntomas indicaron el principio de esta enfermedad y su terminacion. La inflamacion gástrica pareció ser al principio el punto de orígen de la afeccion orgánica del hígado,

manifestándose mas adelante de nuevo como simple complicacion de la última. Pasó cierto intervalo entre el momento en que desaparecieron los primeros síntomas gástricos, y aquel en que se hicieron manifiestos para la enferma los signos de la afeccion del hígado: en este espacio se creyó curada, y sin embargo es muy probable que entonces empezase de un modo sordo la enfermedad del órgano hepático. ¿En cuántas otras circunstancias acentece tambien que se cree conseguir la curacion completa de una enfermedad, porque desaparecen los síntomas de su estado agudo? La pretendida curacion suele ser únicamente el tránsito del estado agudo al crónico, el cual puede ocultarse por cierto tiempo á ojos poco atentos ó poco ejercitados, y con frecuencia no se manifiesta de un modo claro, sino cuando la lesion es tan grave que no se puede remediar. Pero en esta primera época latente de las afecciones crónicas que suceden á las agudas, y que pueden tener su asiento ó en el órgano primitivamente afecto, ó en otro que esté relacionado con él por conexiones de tegido ó de simpatía, examínese el estado de la nutricion y de las diversas secreciones, interróguese la espresion de la fisonomía, cuéntense los latidos arteriales en las diversas épocas del dia, indáguese el modo de repartirse el calor en las diferentes partes de la cubierta cutánea, y se hallarán por lo regular en el modo de verificarse estas diferentes funciones ó acciones vitales, signos que adviertan no hallarse convaleciente en realidad el enfermo, y sí en el periodo de lento desarrollo de una lesion mas ó menos grave. Una vez adquirida esta sospecha será raro que no se llegue á descubrir cuál es el asiento de la lesion mediante un exámen escrupuloso y repetido con frecuencia de todas las funciones.

§. II.

Trastornos de la circulacion.

21. En las enfermedades del hígado se puede trastornar la circulacion simpáticamente, que es lo que acontece respecto del corazon y de las arterias, ó de un modo puramente mecánico, como en ciertas partes del sistema venoso, cuando la sangre contenida en la vena porta no puede atravesar con libertad el parenquima hepático.

A. *Trastornos simpáticos de la circulacion.*

22. Desde luego hay afecciones del hígado, en las que no

se modifica verdaderamente la circulacion de ningun modo. El pulso conserva su fuerza, su frecuencia y su ritmo ordinario sin elevarse la temperatura de la piel. Esta ausencia completa de calentura no se observa apenas en los casos de hepatitis aguda; pero no es rara en las numerosas graduaciones de la crónica, aun en los casos en que se han formado en el interior del hígado grandes focos purulentos, y en aquellos en que una parte de su tegido se halla invadida de masas cancerosas; siendo mucho mas comun esta apirexia completa cuando hay solo simple hipertrofía del hígado, ora de su totalidad, ora de una ú otra de sus sustancias, ó bien cuando ha sufrido una atrofía mas ó menos considerable.

En otras circunstancias presenta la circulacion un trastorno bien marcado, aunque no haya calentura propiamente dicha. Este trastorno consiste solo en la aceleracion del pulso, sin modificacion del calor de la piel. En efecto, suele acompañar á las diversas afecciones crónicas del hígado de que acabamos de hablar, una frecuencia no acostumbrada del pulso sin ningun otro signo de calentura.

Finalmente, puede existir calentura propiamente dicha; esto es, frecuencia de pulso con aumento de la temperatura de la piel, y mal estar general. Semejante calentura puede acompañar á la enfermedad del hígado en toda su duracion, que es lo que se observa con mas frecuencia en los casos de hepatitis aguda, siendo entonces notable que suelen ser muy oscuros los síntomas locales propios para revelar la afeccion hepática, y únicamente se observa una calentura continua, cuya no esencialidad demuestra tan solo la abertura del cadáver. Hemos visto una vez que semejante calentura era ocasionada por un absceso del hígado.

El individuo objeto de esta observacion, jóven todavía, y que disfrutaba de buena salud, sintiò despues de haber dado una larga carrera à caballo mal estar general, cefalalgia y una gran postracion fisica y moral. Los tres primeros dias mirò esta desazon como agujetas, y se contentò con guardar reposo; pero al cuarto sobrevinieron calos frios, y sintiéndose mucho peor entró en la Caridad. Nosotros le vimos à los dos dias de su entrada, esto es, próximamente hàcia el sesto de la enfermedad. Entonces se hallaba en un estado de gran postracion; la rubicundez de sus mejillas contrastaba singularmente con el color amarillento del resto de la cara; tenia una insoportable cefalalgia supra-orbitaria; la boca pastosa, pero no amarga; la lengua con una capa blanquecina uniforme sin estar salpicada de rojo; habia perdido el apetito, pero no existian sed, náuseas, vòmitos ni dolor en el epigastrio, ni en el resto del vientre, que conservaba en toda su estension la consistencia ordinaria; habia astriccion de vientre; el pulso daba de ciento doce á cien-

to quince latidos por minuto, era fuerte y regular, y la piel estaba ardorosa y seca. Investigamos diariamente en vano cual podia ser en este caso el òrgano afectado. (*Sangrías, tisanas diluyentes, dieta*). Del sétimo al undécimo dia se conservó el mismo estado, y en este intervalo se ejecutó una sangría del pie con el objeto principal de combatir la cefalalgia.

En la noche del undécimo al duodécimo dia las facultades intelectuales, que hasta entonces se habian conservado integras, empezaron à trastornarse, y por la mañana hallamos al enfermo en un delirio completo. (*Sanguijuelas detrás de las orejas, sinapismos á las estremidades inferiores*).

Del duodécimo al décimo sesto dia persistiò el delirio, no pudiendo obtenerse ninguna respuesta, y siendo necesario sujetar al enfermo, que intentaba continuamente huir de la cama. Existian frecuentes saltos de tendones, los ojos estaban alternativamente abiertos y cerrados, fijos ò girando con rapidez en las òrbitas, las pupilas tambien se dilataban y contraian alternativamente. Por parte de las vias digestivas y de los órganos abdominales en general no existia ningun sintoma nuevo.

En la mañana del décimo sétimo dia se hallaba el enfermo lleno de vigor, como lo atestiguaba la energia de sus movimientos y la fuerza de su voz. A eso del medio dia, sin que apareciese ningun accidente nuevo, murió de un modo inesperado. Hacia tres dias que se le ponian lavativas alcanforadas, y se le habian aplicado vejigatorios à las estremidades inferiores.

Es evidente que este individuo murió á consecuencia de una afeccion del cerebro, de que no se hallaba atacado cuando entró en el hospital: hasta el duodécimo dia de su enfermedad no presentò ningun indicio de ella; sin embargo no debe perderse de vista la intensa cefalalgia de que se quejò desde que le observamos, y que fué bastante fuerte para reclamar medios terapéuticos especiales.

Examinamos cuidadosamente el encéfalo y sus dependencias: las meninges tenian la transparencia y grueso fisiològico, y apenas existian algunas cucharadas, de café, de serosidad transparente derramada en los ventrículos y en la base del cráneo. La misma sustancia del encéfalo nada presentò de insólito con respecto à su inyeccion, color y consistencia. Del mismo modo se examinò la prolongacion raquidiana, que se hallaba como el cerebro exenta de alteracion apreciable. Los órganostoràcicos estaban sanos, el estòmago ofrecia en varios sitios algunos puntos rojos pequeños, que reunidos mentalmente apenas ocuparian el espacio de una peseta. Abierto el resto del tubo digestivo y examinado en toda su estension despues de lavado, no hallamos mas que un poco de inyeccion sub-mucosa que residia en las venas gruesas.

Hasta entonces ninguna lesion de estructura nos podia esplicar los graves sintomas observados durante la vida, cuando mi condiscípulo y amigo el doctor Descieux, distinguido médico en el dia de Montfort-l'Amaury dió un corte de escalpelo en el hígado que parecia hallarse sano al esterior, y cuàl fué nuestra admiracion cuando en el fondo de la incision practicada hallamos un foco purulento, en el que holgadamente cabia una naranja! El pus era blanco amarillento, cremoso è inodoro; se hallaba en contacto inmediato con la misma sustancia del hígado que en la estension de muchas pulgadas de su circunferencia estaba mas enrojecido que en el resto, y tenia una notable friabilidad, reduciéndose á una pulpa rojiza mediante una ligera presion. Este absce-

so se hallaba situado en el espesor del lóbulo derecho, cerca de la parte convexa, que tocaba al diafragma en la inmediacion de las costillas. Los demas órganos no presentaron alteracion apreciable.

He aquí un absceso del hígado que se formó sin producir dolor, tumefaccion del órgano, ni ictericia: ¿qué determinó pues? Una calentura contínua, cuya causa era absolutamente imposible de reconocer durante la vida. Nos inclinamos á creer que empezó á verificarse una accion inflamatoria en el hígado desde el mismo dia en que se manifestaron signos de agujetas á consecuencia de la carrera á caballo. El primer accidente simpático que produjo la enfermedad del hígado hácia el celebro, fué la intensa cefalalgia de que se quejaba el enfermo. Mas adelante se trastornaron de un modo muy grave las funciones del último órgano, sucumbiendo el individuo á consecuencia de su irritacion simpática; pero el punto de orígen de todos los accidentes estuvo tan solo en el hígado.

Esta observacion suministra á nuestro parecer un hecho muy interesante en favor de la *localizacion* de las calenturas, que durante la vida parecen no reconocer por causa ninguna lesion de órganos. Demuestra ademas contra la opinion de Broussais, lo que ya han dicho Boisseau, Bouillaud, Ribes, etc., á saber: que el asiento de las calenturas llamadas esenciales no reside necesariamente en el conducto digestivo.

23. En ciertos casos de afecciones crónicas del hígado no hay habitualmente calentura; pero en épocas mas ó menos distantes, y que por otra parte nada tienen de constante en su aparicion, sobreviene un movimiento febril, que ó bien puede durar solo algunas horas, ó prolongarse por muchos dias. Esta calentura accidental depende por lo regular de una exasperacion momentánea de la lesion del hígado, que de crónica tiende á pasar al estado agudo, en cuyo caso al mismo tiempo que se declara la fiebre, aparecen con frecuencia síntomas locales mucho mas pronunciados de la afeccion hepática: puede, por ejemplo, presentarse el dolor, si es nulo, ó hacerse mas vivo si existia ya. Conocemos una señora que hace ya muchos años se halla atacada de una lesion orgánica del hígado, cuya víscera forma un tumor difícil de circunscribirse en el hipocondrio derecho, donde no esperimenta la enferma dolor habitual, sino de cuando en cuando, haciéndose mucho mas vivo por lo general bajo la influencia de causas morales apreciables, y apa-

reciendo al mismo tiempo una calentura muy fuerte que va con frecuencia acompañada de reaccion hácia el celebro, de delirio. Una simple aplicacion de sanguijuelas en el hipocondrio derecho calma ordinariamente los referidos síntomas. En este caso la exasperacion del dolor hepático, y el buen resultado del tratamiento empleado, no permiten dudar que el punto de orígen del movimiento febril y de los accidentes celebrales, que le acompañan, se halla en el hígado, cuya afeccion crónica adquiere momentáneamente un carácter de agudeza. En otros sugetos las reproducciones irregulares de los accesos de calentura parecen hallarse en relacion mas bien con una flegmasia intercurrente del tubo digestivo, que con una enfermedad del hígado.

24. Finalmente, ha demostrado la observacion que algunas calenturas intermitentes se hallan enlazadas con una afeccion orgánica del hígado, pudiendo entonces presentarse dos casos, ó bien la calentura intermitente, ó cuando menos los síntomas que la anuncian preceden á la afeccion, ó bien se manifiesta durante su curso.

Las dos observaciones siguientes presentarán ejemplos de uno y otro caso.

Un cochero de unos 40 años, que siempre habia disfrutado de buena salud, y habitaba en Valençay, donde reinaba una epidemia de calenturas intermitentes, fué acometido de una terçiana, que se combatió despues de algunos accesos con las preparaciones de la quinina. Cerca de seis semanas despues de la invasion de la enfermedad volvió á Paris, sin hallarse libre de la calentura. Se ensayó de nuevo cortarla con el sulfato de quinina; los accesos se modificaron é hicieron irregulares, pero no tardaron en reproducirse. De esta manera se pasó un mes sin que desapareciese la calentura (*la dosis del sulfato de quinina se elevó hasta 24 granos en el intermedio de dos accesiones*). Hasta entonces ningun síntoma habia revelado la existencia de lesion de órgano alguno; pero en esta época empezaron à ponerse amarillas las conjuntivas, y bien pronto presentò toda la superficie cutànea un tinte ictérico muy pronunciado. No perdieron por eso su tipo los accesos de calentura, que continuaron presentàndose. Faltò el apetito, que hasta entonces habia sido bueno, y las càmaras, escasas, se hallaban formadas por materias decoloradas y poco consistentes. En los tres meses sucesivos observamos el nacimiento y desarrollo de un tumor en el hipocondrio derecho. Al principio únicamente hallamos un poco mas de resistencia en este lado que en el izquierdo; pero no se podia circunscribir el borde libre del hígado. Mas adelante se notaban en el mismo hipocondrio derecho hasta la parte izquierda del epigastrio, y aun por debajo de la region umbilical, numerosas desigualdades ó abolladuras visibles al través de los tegumentos. La piel tenia un color verdoso, que era sobre todo muy pronunciado en la cara. Los accesos febriles se habian convertido en una calentura contìnua con recargos muy fuertes todas las noches. Finalmente, se infiltraron los miembros inferiores, reemplazò una diarrea serosa à la constipacion pertinaz, enflaqueciò el enfermo cada vez mas, y murió.

Desde que se manifestó la ictericia, y pareció que se infartaba el hipocondrio derecho, se *suspendieron las preparaciones de quina, y se administraron tisanas de grama, de cebada, de saponaria y de suero con la adicion del acetato de potasa. Se dieron pociones con agua destilada de parietaria, ojimiel escilítico y jarabe de las cinco raices. Se aplicaron repetidas veces sanguijuelas, ya al ano, ya en el hipocondrio derecho. Se prescribieron fricciones mercuriales en la misma region hepática.* En la última época tomó el enfermo por único medicamento el cocimiento blanco de Sydenham.

Sentimos mucho no haber hecho la inspeccion anatómica de este individuo, que murió en su casa en la calle de Faubourg-Saint-Honorè. Tan solo hemos citado su observacion porque suministra un ejemplo bien pronunciado de una afeccion orgánica del hígado, que no habiendo dado ningun signo de su existencia antes de la invasion de la calentura intermitente, se declaró durante el curso de la misma. Obsérvese cuán pertinaz fué la referida fiebre: la quina desarregló los accesos, pero nunca impidió que reaparecieran; pues solo cesaron á medida que se desarrolló la afeccion del hígado, y cuando los remplazó un movimiento febril contínuo.

Véase ahora otro caso en el que sobrevino la calentura intermitente durante el curso de una afeccion antigua del hígado, cuyos progresos pareció acelerar de un modo singular.

El objeto de esta observacion es un hombre de cerca de 60 años, que hacia mas de 15 presentaba los signos de una enfermedad del aparato biliario. Muchas veces habia presentado ictericias, y desde largo tiempo antes tenia entumecido habitualmente el hipocondrio derecho, que estaba con frecuencia dolorido. El menor esceso en el régimen, la introduccion de bebidas alcohólicas en las vias digestivas, ò las emociones morales algo fuertes, reproducian el dolor del hipocondrio, y desarrollaban calentura. Tan solo suspendia el paciente sus tareas de costumbre cuando se presentaban estas exasperaciones, cuya duracion no era mas que de algunos dias. Tal fué la relacion que nos hizo al entrar en la Caridad; pero entonces existian accidentes nuevos. Hacia tres semanas que le habia invadido en su casa, situada en el centro de Paris, una calentura terciana, cuyos accesos eran regulares y bien caracterizados. Al siguiente dia de su entrada en el hospital fuimos testigos de uno de los accesos: los tres estadios se hallaban bien caracterizados, pero el del frio era muy largo é intenso, y el del sudor al contrario poco considerable, y muchas veces parcial. Desde que apareció la terciana decia el enfermo que le molestaba mucho *el lado derecho*. Habia tomado dos veces para cortar la calentura un vaso de aguardiente con cierta cantidad de pòlvora, cuyo remedio no ejerció ninguna influencia en sus accesos, pero ocasionó vòmitos y còlicos fuer-

tes, que le obligaron à no emplearle mas. Cuando se presentó à nuestro exàmen hallamos ocupado el hipocondrio derecho y el epigastrio por un tumor voluminoso, cuyo borde se circunscribia un poco por encima de la region umbilical, y que producia dolores à la presion, y de cuando en cuando algunas punzadas fuertes, no ofreciendo ninguna abolladura. Toda la superficie de la piel del mismo modo que las conjuntivas, se hallabau ligeramente amarillentas. El enfermo tenia repugnancia absoluta à toda especie de alimentos, conservaba la lengua de aspecto normal, y deponia diariamente muchas càmaras amarillas y líquidas.

En este estado de cosas no juzgò à propòsito M. Lerminier emplear la quina para cortar la calentura. Teniendo presente sobre todo la exasperacion de los sintomas de la enfermedad del higado, prescribiò *muchas aplicaciones de sanguijuelas, ora al hipocondrio derecho, ora al ano; baños; fomentos emolientes al abdomen, y simples tisanas emolientes al interior.* Bajo la influencia de este tratamiento disminuyò sensiblemente al cabo de algunos dias la tension del hipocondrio y del epigastrio; cuando dejaron de doler estas regiones, se presentó un poco de apetito, y desaparecieron à la vez el tinte ictérico, y los accesos de calentura.

Habiendo vuelto entonces el enfermo poco mas ó menos al estado habitual en que aseguraba encontrarse hacia muchos años, abandonó el hospital. Sin embargo, nos pareciò tan interesante este caso que tomamos las señas de su casa para ir á verlo. Teniamos curiosidad de saber si se exasperaba de nuevo la enfermedad del hígado bajo la influencia de un régimen poco arreglado, y si por efecto de semejante exasperacion volvian à presentarse los accesos de calentura. Deseàbamos asegurarnos de si la calentura intermitente era determinada por una congestion en el higado, agravàndose luego esta por aquella, ò si mas bien exasperada la enfermedad del higado por otras causas, habia ocasionado la fiebre. El éxito del tratamiento antiflogistico que moderando los sintomas locales de la afeccion del higado, habia hecho desaparecer simultàneamente los accesos de calentura, era un grande argumento en favor de esta última hipòtesis, la cual si resultaba exacta conduciria naturalmente à una importante conclusion, à saber: que puede originarse una calentura intermitente con motivo de una lesion orgànica constante. Bajo este punto de vista deberia entonces agregarse el caso actual à otro citado con mucha frecuencia, en el que se dice haber determinado una calentura intermitente, siempre que se establecia con permanencia una sonda en el conducto de la uretra. En tales circunstancias es necesario tener presente las idiosincrasias y disposiciones particulares. ¿Pues cuàntas veces se introduce una sonda en la uretra, ó se exaspera de un modo repentino una enfermedad crónica del higado, sin que resulte una calentura intermitente? Hé aquì una razon para que seamos reservados al establecer reglas y leyes en medicina.

Sea lo que quiera nuestro enfermo permaneció cerca de dos meses en su casa sin esperimentar nada insólito, pero al cabo de este tiempo tuvo un disgusto violento: hallándose conscripto su hijo, le designó la suerte para el servicio.

Apenas recibiò este desgraciado padre la referida nueva volvió à aparecer la antigua ictericia, esperimentando un vivo dolor en la region del hígado é invadiéndole al siguiente dia un fuerte frio que fue seguido de calor y sudor. Tuvo tres accesos bien caracterizados con el tipo tercianario, y en

seguida se hizo contínua la calentura obligando al enfermo á entrar en la Caridad. Entre el segundo y tercer acceso le hicimos aplicar infructuosamente *veinte y cuatro sanguijuelas al hipocondrio derecho*. Poco á poco se calmó su pesar, tomó un poco de dinero que pareció consolarle de la pérdida de su hijo, se disipó de nuevo la ictericia, disminuyó la frecuencia el pulso, y volvió otra vez el enfermo á su primer estado de salud, en el que abandonó el hospital. Ignoramos lo que aconteceria posteriormente.

Es muy justo recordar en este sitio que M. Portal es uno de los autores que mas han insistido acerca de las calenturas intermitentes producidas por una afeccion del hígado, ó que cuando menos coinciden con ella. El mismo ha hecho notar que semejantes calenturas nunca ceden á la quina, que no sirve sino para hacerlas mas rebeldes contribuyendo á exasperar la enfermedad hepática.

B. TRASTORNOS DE LA CIRCULACION DETERMINADOS POR UN OBSTACULO AL LIBRE CURSO DE LA SANGRE EN EL INTERIOR DEL HIGADO.

25. Hemos espuesto en otro punto (*Precis d'Anatomie pathologique*) los resultados de los esperimentos y observaciones modernas acerca de las hidropesías parciales ó generales producidas por un obstáculo al libre curso de la sangre. Hay tambien cierto número de enfermedades del hígado que van acompañadas de ascitis, que parece debida á la dificultad que esperimenta la sangre venosa al atravesar el parenquima hepático. No son tales enfermedades como pudiera creerse *á priori* las en que existen en vez del tegido del hígado producciones accidentales, masas cancerosas ó tuberculosas, hidatides, ó estensos abscesos. En estos diferentes casos no se observa constantemente la hidropesía, ni sobreviene apenas mas que en la última época de la enfermedad. Tambien es rara cuando solo existe la simple hipertrofía, del hígado sin aumento de su consistencia. Es mas comun cuando hay induracion roja, blanca, gris ó verde; finalmente se observa sobre todo de un modo casi constante en los casos de diminucion de volúmen del hígado, bien afecte á las dos sustancias, bien se halle hipertrofiada la blanca, al mismo tiempo que atrofiada la roja, ó bien parezca

haberse hecho esta menos vascular que de costumbre, aunque no haya disminuido de volúmen.

Tales son los hechos que nos enseña la observacion, y que facilmente se hubieran podido prever como consecuencia teórica de las investigaciones que hemos espuesto anteriormente acerca de la anatomía morbosa del hígado. Con efecto, precisamente en los casos en que puede admitirse mejor una obliteracion, una atrofía, una transformacion celular ó fibrosa de cierta parte de los vasos que se ramifican por el hígado, es cuando vemos manifestarse la ascitis con mas frecuencia. Por otra parte es muy fácil esplicar la produccion de la hidropesía en semejantes circunstancias: cuando la vena porta hepática deja de dar libre paso á la sangre venosa abdominal, se acumula la serosidad en el peritóneo, lo mismo que se infiltra un miembro cuando se halla obstruida su vena principal. Han demostrado con tanta precision mi sabio amigo M. Bouillaud, y los que despues de él se han dedicado al mismo género de investigaciones, el enlace que existe entre ciertas hidropesías parciales y un obstáculo en la circulacion venosa, que la sola presencia de la ascitis que acompaña casi constantemente á algunas enfermedades del hígado, puede probar la existencia de algun obstáculo á la referida circulacion.

La especie de afeccion del hígado en que por lo regular sobreviene la ascitis, es una de las mas oscuras en su diagnóstico. No se puede en estos casos reconocer el tumor, pues el volúmen del hígado se halla disminuido en vez de presentarse aumentado; muy rara vez hay dolor, ni tampoco suelen observarse indicios de ictericia. Verdaderamente tan solo la existencia de la ascitis puede entonces hacernos sospechar que hay una enfermedad del hígado; pero no sin frecuencia nos ha bastado en la Caridad para reconocer dicha lesion, y aun á veces para determinar su naturaleza, con cuyo objeto debe sobre todo tenerse presente el modo como ha empezado la hidropesía, su curso, y los síntomas locales ó generales que la han precedido. Desde luego se puede distinguir con bastante seguridad de una hidropesía ocasionada por una afeccion orgánica del corazon, porque en este último caso los primeros indicios del derrame seroso se presentan rara vez en el abdomen, empezando al rededor de los maleolos, y estendiéndose á las piernas, los muslos, y por último al peritóneo.

En los casos en que la hidropesía es dependiente de una afeccion hepática, la serosidad empieza por el contrario á acumularse en el peritóneo, y los miembros abdominales se ponen edematosos tan solo secundariamente: la anatómia y la fi-

siologia esplican con facilidad estas diferencias. La ascitis puede ser tambien resultado de una peritonitis, pero entonces por lo general ha habido una época de la enfermedad en la que se han sentido dolores peritoneales. Finalmente la ascitis puede ser esencial, es decir, sin causa apreciable para nosotros, pero este caso es infinitamente raro, puesto que las ascitis miradas como esenciales por los autores antiguos, parecen haber sido en el mayor número de circunstancias, ó el resultado de una peritonitis que no ha dejado mas vestigio que una coleccion serosa, ó el producto de las enfermedades del hígado de que nos ocupamos en este lugar, y en las cuales se halla el órgano atrofiado y como encogido, encontrándose ó no al mismo tiempo sembrado de las granulaciones amarillas ó rojas cuya formacion hemos esplicado.

Hay algunos casos, en que la ascitis resulta tambien de un obstáculo á la libre circulacion de la sangre en la vena porta; pero este obstáculo no reside en el hígado que se presenta sano, sino en el mismo trayecto del tronco venoso ó de sus principales divisones abdominales, que se hallan comprimidos por tumores de volúmen y naturaleza variables. La siguiente observacion, interesante tambien bajo otros aspectos, nos ofrece un hecho de este género.

Un jóven de 24 años de edad, que hacia muchos tenia un infarto indolente de los gánglios linfáticos de los dos lados del cuello, entró en la Caridad el 6 de marzo de 1826, presentando muchos signos racionales de una afeccion del corazon. La cara estaba abultada y lívida, el color de los labios y de las alas de la nariz era violado, habia edema en los párpados y ascitis, siendo poco considerable la infiltracion de los miembros abdominales. La respiracion era corta y acelerada, verificándose principalmente por la accion de las costillas; y no podia adoptar el enfermo la posicion horizontal sopena de sofocarse, por cuya razon pasaba las noches y los dias medio sentado en la cama con la cabeza y el tronco sostenidos por medio de almohadas.

Esta dificultad de respirar se habia aumentado poco á poco, haciendo un año que se habia hecho penosa para el enfermo, y exasperándose bajo la influencia del tiempo húmedo y lluvioso. Percutiendo el pecho sonaba bien en todos los puntos, y la auscultacion no revelaba en la region del corazon ni en ninguna otra signo alguno por donde se pudiese sospechar la existencia de una enfermedad de este órgano ó de los vasos gruesos. En diversos puntos del torax se oia un estertor mucoso, en otros sibilante, y en otros era el ruido de la respiracion claro, aunque intenso. El enfermo se hallaba acatarrado desde muchos meses antes, pero nunca habia arrojado sangre, y cuando le vimos tenia una espectoracion poco copiosa y simplemente mucosa. El apetito era bastante bueno, y existia por lo comun un poco de diarrea sin dolores abdominales. El pulso no era frecuente ni presentaba nada de insólito, respecto á su fuerza y ritmo.

Nada probaba la existencia en este sugeto de una lesion del corazon, que sin embargo parecia hallarse anunciada por muchos de los sìntomas, como el aspecto de la cara, la hidropesía y la ortopnea. A pesar de todo la hidropesia presentaba una circunstancia que no se encuentra por lo general en los casos de enfermedades del corazon : los miembros abdominales solo se habian infiltrado consecutivamente à la ascitis, y aun su edema era muy ligero, siendo asi que, segun hemos dicho, la hidropesía dependiente de una enfermedad del corazon empieza por el contrario en el mayor número de casos por el edema en la circunferencia de los maleolos.

La auscultacion no descubrió la causa de la disnea, ni en el corazon, ni en los pulmones.

Se emplearon alternativamente los siguientes medios terapéuticos : *sangrías locales y generales, aplicacion de vejigatorios al pecho y á los miembros inferiores, tisana diurética, fricciones con la tintura de la digital y el vino escilítico.*

En las seis siguientes semanas ningun cambio notable sufrió el estado del enfermo: la ortopnea fué constante, y la respiracion muy fatigosa cuando el enfermo pretendia salir algo de la cama. Practicada con frecuencia la auscultacion, no suministrò ningun dato nuevo ; la tos no se aumentò ni se disminuyò, siendo por lo demas poco considerable. Nunca observamos calentura, propiamente dicha. Nada, finalmente, anunciaba la pròxima muerte de este individuo, cuando sin que sobreviniese ningun cambio apreciable en su estado, fué acometido el 1. ° de mayo de una disnea estremada y repentina, à la que se siguiò inmediatamente un estertor traqueal : se dificultò su respiracion como se observa en los apoplècticos, y sucumbió à las pocas horas.

ABERTURA DEL CADAVER.

En la masa encefálica, y en la médula espinal, nada habia de notable.

En el torax se hallò el corazon de sus proporciones fisiológicas, exento de toda lesion apreciable, del mismo modo que el pericardio ; en aquel habia una pequeña cantidad de sangre negra medio coagulada. Los vasos que se dirijen al centro circulatorio ó salen de él, aparecieron en su estado normal. En el parenquima pulmonar, generalmente ingurgitado, pero sano y lleno de aire en todos los puntos, existian diseminados un pequeño número de tubérculos miliares. Las pleuras pulmonar y costal de los dos lados se hallaban unidas por medio de adherencias celulares antiguas.

Ocupaba al mediastino anterior una gruesa masa de ganglios linfáticos tuberculosos. Por medio de esta masa pasaban los dos nervios diafragmàticos, que era imposible seguir al través de los numerosos gànglios que los rodeaban y comprimian por todos los puntos: volvian à aparecer no distantes del diafragma, y desde el punto donde se desprendian de la masa ganglionaria hasta su distribucion en el referido músculo eran notables por su color agrisado, parecido al que presenta con frecuencia el nervio óptico cuando el ojo se halla atrofiado hace mucho tiempo.

En el abdòmen se encontró sano el estómago; habia numerosos tubérculos diseminados debajo de la membrana mucosa de los intestinos delgados ; en la estension de algunas pulgadas por encima de la válvula ileo-cecal se presen-

taban algunas úlceras pequeñas y superficiales; existia un tubérculo del tamaño de una avellana en la sustancia cortical de uno de los riñones, y ademas se observaron: adherencias celulares entre el diafragma y el hígado, cuyo tegido estaba sano; el bazo blando y bastante voluminoso; un derrame considerable de serosidad en el peritóneo; y por último, delante de la columna vertebral una enorme masa de gánglios linfáticos degenerados en tubérculos que comprimian con mucha fuerza por una parte la vena cava, y por otra la vena porta, cuyo tronco y principales ramos rodeaba.

En cada uno de los lados del cuello, desde el borde de la mandíbula hasta la clavícula, existia un voluminoso rosario de gánglios linfáticos tuberculosos como los del torax y del abdomen. Muchos se hallaban interpuestos entre los vasos y nervios del cuello, como por ejemplo, entre la arteria carotida y la vena yugular. En cuanto al nervio neumo-gástrico se perdia algunas pulgadas por debajo del orígen del laringeo superior en la masa de gánglios, siendo imposible volverlo á hallar; se presentaba de nuevo un poco por encima de la clavícula, siendo notable por el *aplanamiento* de sus dos lados: suministraba segun costumbre los nervios recurrentes, y en el resto de su estension, y con particularidad en la parte que constituye el plexo pulmonar nada ofrecia de notable.

El cordon cervical del gran simpático no habia sufrido ninguna alteracion notable en su posicion ni en su testura.

En cada una de las axilas se halló un tumor del tamaño de una naranja gruesa, formado por la reunion de los gánglios linfáticos tuberculosos.

El canal torácico permeable, segun costumbre, contenia una pequeña cantidad de serosidad rojiza.

A mas de la causa de la hidropesía que parece residir en la compresion de los troncos venosos, nos ha parecido ser esta historia digna de interés por el estado en que se hallaron muchos de los nervios que influyen en la respiracion: los diafragmáticos por una parte, y los dos cordones del octavo par por otra. M. Berard cita el caso de un individuo que habia esperimentado durante la vida una disnea muy considerable, y no presentó mas lesion que un tumor desarrollado en el espesor mismo de uno de los nervios diafragmáticos (Tesis de M. Descot acerca de las afecciones de los nervios). En este caso no solo habian sufrido los dos nevios diafragmáticos una notable alteracion suficientemente caracterizada por el color gris, y la verdadera atrofia de su estremidad inferior, sino que tambien los dos neumo-gástricos se hallaban gravemente comprometidos, como lo demostró de un modo indudable el aplanamiento que presentaban al salir del tumor linfático, en medio del que era imposible seguirlos. Por otra parte, si las esperiencias de los fisió-

logos han probado que despues de la seccion del octavo par, cesa de verificarse convenientemente la hematosis, se ingurgitan los pulmones, y sobreviene la muerte á los pocos dias, ¿no podrá aproximarse á este órden de hechos el que acabamos de citar? Hubo del mismo modo diminucion gradual, y por último suspension de la influencia ejercida por el octavo par sobre la transformacion de sangre venosa en arterial, de donde se originó la disnea siempre creciente, etc. Sino se quiere admitir esta causa de la dificultad de respirar, será necesario decir que la considerable disnea presentada por el enfermo, cuya historia hemos formado, ha existido sin dejar en el cadáver ninguna lesion que la pueda esplicar, pues no creemos que los pocos y pequeños tubérculos hallados en los pulmones puedan de modo alguno dar razon de la fatiga, comparable por su intensidad con la que se manifiesta en el curso de las mas graves afecciones orgánicas del corazon.

§. III.

Trastornos de las secreciones y de la nutricion.

26. La secrecion de la orina es la que se altera con mas frecuencia en las enfermedades del hígado. El mas notable de sus trastornos consiste en la mezcla de los elementos de la bilis con los principios ordinarios de la orina. La fisiologia nos enseña que entre las diferentes vias por las que pueden eliminarse del cuerpo diversas sustancias estrañas, ninguna es mas activa, ni al parecer mas dispuesta á ejecutarlo que el aparato renal. Asi es que en los ictéricos contiene bilis la orina antes que la piel se tiña de amarillo, y lo mismo acontece en mas de un caso de enfermedades del hígado en que la piel no ha perdido su color natural. ¿Por otra parte, qué tiene de estraño que los materiales de la bilis que el hígado no separa de la sangre, salgan de la economía con la urea, cuando sin cesar vemos que se espelen con el mismo principio una multitud de sustancias no asimilables formadas en la economía, ó introducidas del esterior?

Cuando los materiales de la bilis no se separan suficientemente de la sangre en su órgano eliminador ordinario, pueden salir tambien de la economía por un conducto diferente de los riñones. Por ejemplo, muchas veces se halla impregnada de bilis la materia de la transpiracion cutánea, y si los enfermos tienen sudores, tiñen de amarillo las sábanas.

Nos ha parecido que con menos frecuencia que la orina y el

sudor contiene el moco bilis, ó á lo menos sus elementos. El moco lingual, v. g., no se halla por lo general mas amarillo en los casos de ictericia que en cualquiera otra afeccion. Sin embargo, una vez hemos encontrado en un ictérico una singular coloracion de dicha mucosidad, y de la que suministra la membrana de las vias aéreas: la cara superior de la lengua se hallaba cubierta por una capa gruesa, de un hermoso verde porráceo, y las mucosidades espectoradas tenian el mismo color. Las conjuntivas y la piel estaban amarillas segun costumbre, y la orina presentaba tambien el aspecto rojo anaranjado que la es habitual en los casos de ictericia. ¿Cuál era la causa de esta singular diferencia entre el color de la materia mezclada accidentalmente con los productos de la secrecion de la membrana mucosa, y de la que impregnaba el tegido reticular de la piel, y teñia la orina? Cualquiera que medite acerca de estos hechos inferirá que es probable que en cierto número de enfermedades, cuya causa parece residir en una materia morbosa que existe en la sangre, bien haya sido introducida del esterior, bien se haya formado en ella, hacen un papel importante los órganos secretores, separando de dicho líquido los principios que le alteran. ¿No puede, por ejemplo, esplicarse de este modo la notable fetidez de las secreciones cutáneas, intestinales y urinarias en los animales que han recibido materias pútridas en sus venas? ¿En qué consiste el olor ácido característico que presentan los sudores durante la calentura de la leche en las recien-paridas? Es evidente que esto no puede depender sino de un principio nuevo, que se mezcla con la materia de la exhalacion cutánea, y que en tales casos se revela por el olor, así como en la ictericia por el color. ¿No es este principio uno de los que deben entrar en la composicion de la leche? Una secrecion suplementaria le separa de la masa de la sangre, donde se forma hasta que las mamas se hallan suficientemente preparadas para eliminarle. De aquí se sigue que si la glándula mamaria no llena suficientemente su destino, los materiales de la secrecion láctea permanecerán en la sangre, de donde deberán ser espelidos, como hemos visto que acontece con los materiales de la bilis, y como en otras circunstancias se espelen tambien los principios de la orina por vias distintas de los riñones. Admitiendo estos hechos se acepta su consecuencia, y hay que admitir tambien, ya la mezcla de los principios de la leche con los diferentes líquidos segregados, ya su misma éstasis, su depósito en ciertos órganos, en la superficie de las serosas, ó en otros puntos. ¿No puede verificarse una irritacion mas ó menos intensa para favorecer su eliminacion?

Si tal es la causa de la enfermedad ¿serán las emisiones sanguíneas un medio eficaz para contenerla? ¿No será entonces mas racional y mas fisiológico activar una secrecion, como por ejemplo la del hígado ó de la membrana mucosa intestinal? Tal vez no consisten en otra cosa las ventajas obtenidas con el método purgante empleado por Doublet y por otros médicos en los casos de calenturas llamadas puerperales. Hay, pues, algo de racional en la antigua creencia de la *metastasis lactea*.

Rogamos al lector que observe no emitimos como probadas ninguna de las antecedentes ideas; pero deseamos que se mediten, porque hay mas de un hecho, tanto fisiológico como patológico, que tiende realmente á demostrar su exactitud, y porque no debe necesariamente suponerse falsa una opinion, sin mas motivo que haber sido abandonada.

27. La nutricion, propiamente dicha, se halla notablemente alterada en la mayor parte de los casos de enfermedades crónicas del hígado. Sin embargo, apenas se observa entonces el marasmo esquelético que acompaña á la tisis pulmonar. Aun hay una produccion accidental, cuyo desarrollo en el hígado no ocasiona por lo regular ningun enflaquecimiento, á menos que no invada una gran parte del parenquima hepático: tales son las hidatides. Un absceso poco voluminoso, una masa cancerosa poco considerable, y aun muchas veces un simple cambio de volúmen ó consistencia del hígado producen mayor desórden en la nutricion que los entozoarios.

28. Las enfermedades del hígado, agudas ó crónicas, pueden modificar las funciones de la vida animal, del mismo modo que las de la vida nutritiva. Pero respecto de esto nada se puede decir en general, pues hay tantas modificaciones de la inervacion como individuos.

En algunos enfermos permanece el sistema nervioso en su estado natural, cualquiera que sea la desorganizacion que haya sufrido el hígado. En otros la menor irritacion de este órgano se refleja en el encéfalo, dando orígen á los diversos grupos de síntomas de que se ha formado la calentura atáxica. En el estado crónico puede acontecer que al mismo tiempo que no se anuncien las afecciones del hígado sino por síntomas locales poco pronunciados, produzcan por su accion simpática en los centros nerviosos una multitud de fenómenos morbosos, que se han llamado neuroses en razon á hallarse su asiento en el sistema nervioso, pero cuyo verdadero orígen se encuentra en la afeccion del hígado.

CAPITULO III.

OBSERVACIONES PARTICULARES.

29. Por mas exactitud que hayamos procurado dar á la descripcion que acabamos de hacer de las enfermedades del hígado, conocemos que cuanto va dicho está lejos de encerrar las infinitas graduaciones que tales enfermedades pueden presentar en sus caractéres anatómicos, sus síntomas, su curso, sus complicaciones, etc. No se podrá llenar este fin sino por la meditacion, penosa muchas veces, pero siempre útil de cierto número de observaciones particulares. Las que siguen suministrarán ejemplos de la mayor parte de las afecciones del hígado, cuya existencia se ha comprobado hasta el presente.

ARTICULO I.

OBSERVACIONES RELATIVAS A LAS CONGESTIONES SANGUÍNEAS DEL HÍGADO.

I.ª OBSERVACION.

Afeccion orgánica del corazon. Tumor en el hipocondrio derecho, cuya aparicion coincidió con aumento de disnea. Hígado muy voluminoso ó ingurgitado de sangre.

Un hojalatero, de 46 años de edad, decia hallarse asmático desde su juventud. Un año antes de someterse á nuestro exámen percibió al rededor de los tobillos un ligero edema, que se apoderó poco á poco de la totalidad de los miembros abdominales, procediendo de abajo arriba; mas adelante llegaron á entumecerse tambien el escroto y el abdomen. A los tres meses de duracion se disipó la hidropesía, pero volvió á aparecer dos antes de la entrada del enfermo en la Caridad: entonces era la infiltracion casi general en el tegido celular sub-cutáneo; la ascitis no muy considerable, y la respiracion estremadamente difícil: únicamente podia el enfermo permanecer sentado.

Los latidos del corazon solo se percibian débilmente y con mucha irregularidad en su ritmo en la region precordial, en toda la estension del esternon y en el epigastrio; apenas se sentia el pulso, y con frecuencia se oian muchos

latidos continuados del corazon, sin ser posible percibir las pulsaciones arteriales. El hipocondrio derecho estaba tenso, pero no dolorido: se reconocia por el tacto un cuerpo redondeado, que parecia nacer de detras de las costillas, y terminaba con un borde obtuso un poco por encima de la altura de la region umbilical. (M. Lerminier prescribió *una sangria de una libra, y la aplicacion de veinte sanguijuelas al ano.*) A medida que salia la sangre de la vena parecia renacer el enfermo: su respiracion se hacia mas libre, y el pulso se percibia mejor. Al siguiente dia por la mañana no era conocido el paciente cuando la víspera parecia moribundo. La cara habia perdido su lividez, el pulso adquirido regularidad y bastante fuerza, y los latidos del corazon se oian de un modo menos confuso. Se verificó al mismo tiempo un notable cambio en el hipocondrio derecho: recobró su blandura, y no se percibia tumor alguno. Durante las tres semanas inmediatas se conservó el estado del enfermo poco mas ó menos como despues de la doble emision de sangre por la lanceta y las sanguijuelas. No aumentó ni disminuyó la hidropesia; pero al cabo de este tiempo, y sin causa conocida, creció considerablemente y de pronto la dificultad de respirar; el pulso apareció de nuevo muy débil é irregular; la cara adquirió un tinte lívido, y simultáneamente volvió á bajar el hígado al hipocondrio, donde como la primera vez, se le pudo reconocer fácilmente por medio del tacto. Las emisiones sanguíneas habian producido ya tan buenos efectos, que se volvieron á ensayar de nuevo: pero en esta ocasion no tuvieron la misma eficacia; el estado de asfixia aumentó cada vez mas, y el enfermo no tardó en sucumbir.

ABERTURA DEL CADAVER.

Conservaba el aspecto violáceo de la cara, y el mismo color en los brazos y en las piernas.

Las cuatro cavidades del corazon estaban distendidas por sangre negra parecida á la gelatina de grosella. Vaciada la cavidad del ventrículo derecho, que estaba ensanchada, no se deprimió: sus paredes se hallaron hipertrofiadas. La cavidad del ventrículo izquierdo tenia tambien grandes dimensiones, y sus paredes un grueso que escedia en mucho al del estado normal. Los diferentes orificios del corazon se encontraron libres. No se halló en la aorta mas que algunas manchas pequeñas y blanquecinas en su superficie interna. Los pulmones estaban ingurgitados, pero sanos.

En el abdomen era notable el hígado por su volúmen; escedia muchos dedos del borde cartilaginoso de las costillas: por la incision y una ligera presion se hizo salir de él una enorme cantidad de sangre. Su tegido, de consistencia regular, presentaba un tinte rojizo casi uniforme, pero mas subido en los sitios donde naturalmente existe la sustancia que hemos llamado esponjosa ó cavernosa, y que parecia ser eminentemente vascular. La vejiga contenia una pequeña cantidad de bilis amarilla. Todos los tegidos estaban generalmente ingurgitados de sangre.

Esta observacion suministra un notable ejemplo de las congestiones sanguíneas enteramente mecánicas, cuyo asiento puede ser el hígado en los individuos atacados de una afeccion orgánica del corazon. En la parte vascular del hígado se va acumulando toda la sangre que conduce la vena porta, y no puede pasar al corazon, pudiendo tambien refluir de este órgano cierta cantidad. Entonces se entumece el hígado como se dilatan, por ejemplo, los cuerpos cavernosos del pene en los sugetos estrangulados. Lo notable es la estremada rapidez con que puede el hígado por una parte adquirir muchas veces un volúmen prodigioso, y por otra volver á su estado natural, cuando se hace menos considerable el impedimento de la circulacion venosa. Esta verdadera retraccion del hígado fué muy notable en el presente caso á consecuencia de las primeras emisiones sanguíneas.

II.ª OBSERVACION.

Congestion sanguínea activa del hígado sin cambio de su testura (primer grado de hepatitis aguda). Ictericia febril. Tumor en el hipocondrio derecho. Irritacion simpática del cerebro

Un trabajador de la casa de la moneda, de edad media, de constitucion fuerte, piel morena y cabellos negros, se hallaba atacado de una ictericia cuando entrò en la Caridad. Ocho dias antes habia empezado à alterarse su salud, que hasta entonces habia sido buena. Empezò á sentir desde el principio una incomodidad insòlita, una especie de pesadez hácia el hipocondrio derecho. El doctor Rouzet, á quien consultó entonces, reconociò la existencia de un tumor en el hipocondrio, y al poco tiempo sobrevino fiebre: se sangrò al enfermo. Cuando le vimos tenia una ictericia que solo llevaba tres dias de existencia; el pulso estaba frecuente y la piel caliente; el enfermo no se quejaba de ningun dolor, pero reconociendo el abdomen se encontraba con facilidad al hígado muy desarrollado en el hipocondrio derecho: el tumor que formaba se estendia desde el borde cartilaginoso de las costillas, por detras de las cuales parecia prolongarse hasta un poco por encima del ombligo; no era difícil circunscribir el borde cortante de dicha víscera: la tumefaccion no escedia de la línea blanca, y no producia dolor ni espontàneamente ni por la presion; la lengua estaba blanquecina sin salpicado rojo; no habia amargor de boca, ni apetito; la sed era viva; el epigastrio indolente; las orinas abundantes y de un amarillo anaranjado muy marcado, y las càmaras ordinarias amarillas y medianamente consistentes; movia por lo regular el vientre una ò dos veces cada cuarenta y ocho horas desde el principio de la enfermedad.

Se consideró al paciente atacado de una hepatitis aguda. *(Veinte y cinco sanguijuelas al ano; tisanas emolientes.)*

Durante los cinco siguientes dias permaneciò casi el mismo el estado del enfermo. El movimiento febril conservaba la misma intensidad, y todas las noches sobrevenia algo de delirio. En la mañana del sètimo dia, contando desde la época de la entrada del paciente en la Caridad, persistiò el delirio: mi-

raba fijamente á las personas que le rodeaban sin responder à sus preguntas, y luego hablaba solo diciendo las espresiones mas incoherentes. La cara estaba encendida, los ojos inyectados; la lengua conservaba el aspecto de los dias anteriores; el pulso daba de ciento quince à ciento veinte latidos por minuto; la piel se hallaba ardorosa y seca, y el tinte ictérico mas pronunciado que nunca. *(Veinte sanguijuelas en el trayecto de cada una de las venas yugulares; sinapismos á las piernas; lavativa con una onza de sulfato de sosa.)*

En el transcurso del dia alternativas de coma profundo y de violenta agitacion, durante la cual daba de cuando en cuando un grito agudo, que parecia indicar un padecimiento real ó imaginario. Por la tarde el discípulo de guardia verificó con mucha dificultad una sangria de tres tazas: la sangre se reunió en un cuajaron pequeño y denso, cubierto de una costra inflamatoria bastante gruesa. Sin embargo, en los dos dias siguientes persistieron los accidentes cerebrales con la misma intensidad y en igual forma; despues cambiaron de repente de carácter: el estado comatoso se hizo continuo, y el enfermo cayó en un estupor del que nada podía sacarle. Cuando se le dirijia la palabra muchas veces en voz alta, abria los ojos como un hombre á quien se despierta, y sin responder nada los volvia á cerrar, pareciendo que volvia á dormirse de nuevo. Elevando los miembros volvian á caer por su propio peso como masas inertes; sin embargo, la piel que los cubria habia conservado su sensibilidad, y no estaba abolida la fuerza de contraccion muscular, pues el enfermo retiraba los miembros con bastante viveza cuando se los pellizcaban. La lengua, que se percibia en el fondo de la boca, no se habia apartado al parecer del estado natural. Por lo demas existia el mismo tumor en el hipocondrio derecho, y el mismo estado del pulso y de la ictericia. Sin embargo, no tardaron en ingurgitarse los pulmones; la respiracion se hizo estertorosa, y el paciente sucumbió en una especie de estado apoplèctico al duodécimo dia de su entrada en la Caridad, y al vigésimo de la aparicion de los primeros fenómenos morbosos. En los tres últimos dias se le aplicaron *vejigatorios á las estremidades inferiores y á la nuca.*

ABERTURA DEL CADAVER.

Las meninges estaban muy inyectadas, y haciendo varios cortes en el cerebro se veian salir gotitas de sangre por muchos puntos pequeños, que eran los orificios de otros tantos vasos. El encéfalo y sus membranas eran el asiento de una fuerte congestion sanguinea; es de notar sin embargo que se observa con mucha frecuencia una congestion igual en sugetos cuyo sistema nervioso no ha presentado durante la vida ningun trastorno funcional. En los ventrículos y en la base del cráneo se halló muy poca serosidad derramada. Se examinaron aisladamente y con el mayor cuidado las diversas partes del encéfalo, sin descubrir ninguna alteracion, como tampoco en la médula espinal, que se reconoció desde el principio de su porcion dorsal.

En los órganos toràcicos no se halló mas que un infarto seroso muy considerable de los pulmones.

Lo primero que nos llamó la atencion al abrir la cavidad abdominal fué el volúmen del hígado: escedia muchos dedos del borde de las costillas. Por cada una de las incisiones que se practicaron corrió gran cantidad de sangre; pero en lo demas su tegido casi uniformemente rojo no presentaba ninguna otra

alteracion notable. Los conductos biliarios y la vegiga no ofrecieron tampoco lesion alguna. En el tubo digestivo, que se abrió desde el orificio cardiaco del estómago hasta el ano, no se encontró mas que inyeccion de las venas que se distribuian en gran número por el tegido celular sub-mucoso del estómago, y de las diversas partes de los intestinos delgados. Tambien habia venas gruesas llenas de sangre en el mesenterio. Los demas órganos aparecieron en su estado natural.

Los cartílagos de las costillas, las diversas cubiertas fibrosas del encéfalo, del corazon y del bazo, y el líquido contenido en el conducto torácico ofrecian un tinte amarillento muy pronunciado. Observábase el mismo color, aunque menos intenso, en la superficie interna de los intestinos.

La enfermedad cuya historia acabamos de trazar, presenta dos periodos que deben estudiarse separadamente. El primero se halla marcado por los síntomas locales y generales de una afeccion del hígado; el segundo por síntomas nerviosos muy graves. En el primer periodo hubo tumefaccion del hígado, calentura é ictericia; el dolor era nulo, no observándose por otra parte ningun síntoma que pudiese hacer sospechar que la afeccion del hígado fuera consecutiva de una lesion de las vias digestivas, las cuales despues de la muerte se hallaron perfectamente sanas. Tampoco se vió en los conductos biliarios nada que pudiese esplicar la ictericia. ¿Podrá esta haber sido producida únicamente por la considerable congestion de sangre que residia en el hígado? Por otra parte tenemos certidumbre de que durante la vida se hallaban tambien libres las vias de escrecion de la bilis, pues las cámaras estuvieron constantemente teñidas de amarillo. Hé aquí un caso que presenta la posibilidad de la produccion de la ictericia sin obstrucion preliminar de los conductos hepático y colidoco.

Antes que se hicieran muy pronunciados los accidentes del segundo periodo, habia ya durante muchas noches un delirio intermitente que parecia depender de una irritacion simpática, que se fijaba periódicamente en el cerebro. La muerte fué un resultado manifiesto de esta irritacion que se hizo contínua: hubo primero exaltacion, y luego pérdida de la inervacion, y solamente cuando cesó de obrar la influencia nerviosa del modo normal sobre los pulmones, fué cuando se formó la ingurgitacion que precedió poco tiempo á la pérdida de la vida; sin embargo ¿qué hallamos para esplicar tan graves síntomas, para darnos cuenta del notable trastorno de accion de los centros

nerviosos? Un poco mas de sangre que lo acostumbrado en los vasos del cerebro y de sus cubiertas, una cantidad de sangre algo mayor tambien que lo regular, ingurgitando los vasos del hígado, y nada mas. Con frecuencia se hallan semejantes congestiones sin haber precedido síntoma alguno análogo á los que presentó este sugeto. Sin embargo apenas podemos rehusarnos á creer que en este caso particular dependian los síntomas de las lesiones: con la ictericia y la calentura nació la congestion sanguínea del hígado, que anunciada durante la vida por el entumecimiento del hipocondrio, parecia ser el orígen de las primeras; el delirio nocturno que existia al principio era del mismo modo al parecer una dependencia de ella; y si esta opinion se considera fundada, no se hace mas que aceptar sus consecuencias al reconocer que un grado mas de irritacion simpática del encéfalo pudo producir todos los desórdenes nerviosos ulteriores. Pero detrás de esta parte visible de los fenómenos se oculta en cierto modo la causa próxima, inmediata, que en nuestra ignorancia designamos con el nombre de idiosincrasia, disposicion individual, y que depende de la fuerza desigual de resistencia vital, por la que se pueden esplicar los efectos infinitamente variables producidos por una misma lesion. La mas ligera de estas puede reflejarse á todos los puntos de la economía, y producir la muerte; y la mas grave, bajo el punto de vista de los desórdenes orgánicos, puede no ocasionar ningun trastorno apreciable de las funciones. La opinion que emitimos en este lugar ha encontrado recientemente apoyo en una escelente memoria de M. Louis acerca de las muertes imprevistas y repentinas. Se cometerian pues los mas graves y contínuos errores si quisiésemos adivinar los síntomas ocurridos durante la vida por las lesiones halladas en el cadáver, y en muchos casos ocurririan equivocaciones singulares.

Gran número de observaciones nos autoriza á pensar que no son raras las congestiones sanguíneas activas del hígado tales como la que acabamos de presentar, ya como enfermedades primitivas, ya como consecutivas de otras afecciones, y con especialidad de una flegmasia de las vias digestivas. Unas veces se nos revelan por una simple tumefaccion del hígado con ó sin fiebre, otras por los mismos síntomas y ademas ictericia, y rara vez por dolor. Hemos visto á muchos sugetos, en quienes dichos síntomas duraban poco, restablecerse del todo despues que desaparecian. En otros hay una disposicion particular para la reaparicion de tales congestiones hepáticas. Se nos ha presentado, entre varias otras, la ocasion de observar á un jóven, en quien por espacio de dos

años fué el hipocondrio, por cinco ó seis veces lo menos, asiento de un tumor que por su forma y situacion debia considerarse perteneciente al hígado entumecido. Al mismo tiempo esperimentaba movimiento febril, y solo dos veces tuvo ictericia; semejante tumefaccion del hipocondrio derecho duraba en ocasiones solo algunos dias, y otras tres semanas.

En su tratamiento se practicaron con ventaja aplicaciones de sanguijuelas sobre el hipocondrio. Tales congestiones hepáticas han dejado por último de reproducirse, y nada indica que se halle en el hígado vestigio alguno de afeccion orgánica.

Otras veces se pueden presentar verdaderamente las mismas congestiones en forma crónica, existiendo de un modo contínuo por largo tiempo, sin que el hígado examinado despues de la muerte presente mas alteracion que un aflujo insólito de sangre en su parenquima. Tal es el caso del individuo que forma el objeto de la siguiente observacion.

III.ª OBSERVACION.

Ictericia y entumecimiento doloroso del hipocondrio derecho que persistió por mas de un año. Infarto sanguineo del hígado sin ninguna otra alteracion del aparato biliario. Duodenitis crónica. Entero-colitis aguda.

A fines del mes de julio de 1820 entró en la Caridad una mujer de 35 años de edad que tenia una ictericia, y nos contò del modo siguiente el origen de su enfermedad: desde cosa de tres años antes esperimentaba de cuando en cuando desganas, amargor de boca, peso en el epigastrio, y laxitud general. Tomaba un vomitivo con el que desaparecian dichos síntomas; pero no tardaban en presentarse de nuevo, y los combatia otra vez con el mismo medio. Un año antes habia padecido uno de sus ataques, tomó dos granos de tàrtaro emético segun costumbre, sin consultar médico alguno; pero esta vez no se alivió: se aumentò la anorexia en lugar de disminuir, se fijó un dolor bastante vivo hàcia la parte derecha del epigastrio, y pocos dias despues percibió que toda su piel se ponia amarilla. Consultó entonces con un médico que desde luego la hizo aplicarse quince sanguijuelas al ano, y en seguida la administró por mucho tiempo tisanas y píldoras, cuya naturaleza no nos supo decir. Sin embargo en el espacio de un año que pasó desde la aparicion de la ictericia hasta la entrada de la enferma en la Caridad, enflaqueciò cada vez mas: no disminuyó el tinte amarillento de la piel: aunque el dolor de la parte derecha del epigastrio solo fué momentàneo, le reemplazó una sensacion habitual de incomodidad y peso en el hipocondrio derecho, el cual decia la enferma sentir mas tenso é hinchado que el izquierdo. De cuando en cuando la simple incomodidad de que se quejaba se convertia en un dolor mas ó menos agudo. No tenia la paciente náuseas ni vómitos, pero sì repugnancia habitual à los alimentos; sin embargo las pocas sustancias nutritivas, sólidas y líquidas que introducia en el estómago, no ocasionaban dolores.

Interrogada cuidadosamente acerca de las cámaras nos aseguró que nunca habian sido decoloradas: siempre se presentaron parduscas ó amarillas, algunas veces líquidas y frecuentes; por lo regular raras y de buena consistencia. Nunca habia guardado cama la enferma.

Cuando vimos á esta mujer nos llamó la atencion su estado de enflaquecimiento. El tinte ictérico era muy marcado, y las conjuntivas tenian un hermoso color amarillo. Palpando el abdomen reconocimos una tension en el hipocondrio derecho que no ofrecia el izquierdo; en el mismo lado era dolorosa la presion, pero no se podia circunscribir con exactitud tumor alguno. El resto del vientre estaba blando é indolente. La anorexia era completa; no habia sed; la lengua tenia un color pálido sin capa alguna; las evacuaciones alvinas se presentaban amarillentas. El pulso solo se ponia un poco frecuente por las tardes, y entonces se elevaba tambien algo la temperatura de la piel. Las orinas eran raras, y de un hermoso color amarillo anaranjado.

La larga duracion de la ictericia, el enflaquecimiento progresivo de la enferma, y la tumefaccion dolorosa del hipocondrio derecho, parecian corresponder á una afeccion grave del hígado, tal vez á una degeneracion cancerosa. La naturaleza de las cámaras nos hacia ver que no se hallaban obstruidos los conductos biliarios. Las circunstancias antecedentes indicaban tambien una afeccion concomitante del estómago, ó mejor aun de la parte superior de los intestinos delgados. M. Lerminier prescribió en la region del hígado *fricciones con una mezcla de calomelanos y manteca, y concedió á la enferma por bebida algunos vasos de agua de Vichy y suero nitrado.*

Por espacio de un mes nada tuvimos que observar de nuevo en el estado de la enferma; pero al cabo de este tiempo se estableció una abundante diarrea, que no fué acompañada de ningun otro síntoma grave en los tres ó cuatro dias de su existencia, ni pudieron moderar *las sanguijuelas aplicadas al ano, ni las lavativas de almidon con la adicion de algunas gotas de láudano*; en el espacio de veinte y cuatro horas se verificaban diez ó doce deposiciones líquidas, semejantes al agua teñida de amarillo. Al quinto dia desde la invasion de la diarrea, se timpanizó el abdomen, adquirió el pulso una frecuencia habitual, y se elevó la temperatura de la piel. En los dias sétimo y octavo hubo calentura contínua, evacuaciones alvinas muy frecuentes é involuntarias, gran postracion, alteracion profunda de las facciones, palabra entrecortada y lengua seca, parda en el centro sin rubicundez en los bordes. Al noveno dia murió la paciente en un estado adinámico.

ABERTURA DEL CADAVER.

Color amarillo muy pronunciado de la dura madre y de la superficie esterior del cerebro, sin ninguna otra cosa notable en el sistema nervioso.

El mismo tinte amarillento en una pequeña cantidad de serosidad que se hallaba derramada en el pericardio, apareciendo los pulmones y el corazon sanos. Este último órgano contenia cuajarones fibrosos despojados de materia colorante. La serosidad contenida en el conducto torácico se hallaba tambien teñida de amarillo.

En la superficie esterna de las diversas partes contenidas en el abdomen se manifestaba el mismo color. La cara interna del estómago estaba pálida, y su membrana mucosa tenia en todos los sitios la consistencia normal: en al-

gunos puntos pasaban por debajo de ella venas gruesas llenas de sangre. Toda la superficie interna del duodeno, desde la vàlvula pilórica inclusive hasta el principio del yeyuno, presentaba un color rojo pardusco muy pronunciado. Los foliculos del duodeno, que por lo regular se encuentran muy desarrollados, lo estaban aun mas. Muchos de ellos hubieran podido confundirse con granos voluminosos formados en la membrana mucosa. Esta á la vez se hallaba engrosada y con una gran friabilidad; el punto donde se abre el conducto colidoco estaba mas saliente que acostumbra. Abierto este conducto del mismo modo que el cistico, el hepàtico y sus principales divisiones, no se halló signo alguno patològico, sucediendo lo mismo con la vejiga de la hiel. El higado era notable por su volúmen: descendia dos dedos por debajo del borde cartilaginoso de las costillas, y su lòbulo izquierdo entumecido tocaba al bazo; la incision no dió à conocer nada de insólito en su testura; tan solo se hallaba ingurgitado de una gran cantidad de sangre que corria por todas partes. Continuando el exàmen del resto del conducto digestivo, hallamos generalmente blancos y sanos cerca de las cuatro quintas partes superiores de los intestinos delgados; pero en el quinto inferior presentaba la membrana mucosa una inyeccion muy viva: los innumerables vasos que se ramifican por ella la suministraban un hermoso color rojo, que ocupaba tambien las dos caras de la vàlvula ileo-cecal y el interior del ciego. Esta inyeccion disminuia en el còlon ascendente, faltaba del todo en el transverso que estaba blanco, y volvia á presentarse algo en la S. iliaca y en el recto. Los demas òrganos abdominales nada ofrecian que fuese de notar.

Hé aquí otro caso en el que para esplicar los síntomas graves y de larga duracion que habian existido, no se encontraron sino lesiones ligeras en la apariencia, y que ni aun se hubieran percibido por medio de un exámen un poco superficial. Solo se halló un hígado algo mas voluminoso que lo acostumbrado, y una coloracion morena, parda ó roja de una pequeña parte del tubo digestivo, despues de una ictericia que habia durado mas de un año, de un trastorno de la digestion mas antiguo todavía, de un enflaquecimiento progresivo, de un movimiento febril que se exacerbaba todas las tardes, y finalmente, de una calentura adinámica, de la que sucumbió el enfermo.

Veamos, pues, si podemos establecer una correlacion entre los síntomas observados durante la vida, y las lesiones que se hallaron. ¿Los signos de embarazo gástrico que esperimentaba la enferma antes de ponerse ictérica, no eran debidos á la existencia de una inflamacion crónica del duodeno? ¿La duodenitis crónica, exasperada por el último vomitivo no se pro-

pagó al hígado produciendo la ictericia? La congestion sanguínea del hígado se hizo crónica como la duodenitis que la ocasionó. Bajo la influencia de esta doble lesion enflaqueció cada vez mas la enferma, que ciertamente no hubiera ofrecido síntomas mas graves, aunque hubiese padecido una doble degeneracion cancerosa del estómago y del hígado. No cesaremos de repetir que la gravedad y naturaleza de los síntomas depende menos de la gravedad y naturaleza de las lesiones que de las varias disposiciones de los individuos en quienes sobrevienen las últimas, del grado de sensibilidad de los enfermos, y de las simpatías mas ó menos numerosas y mas ó menos activas que entran en accion. Por otra parte, en este caso no debe atenderse solo á los indicados fenómenos; pues se sabe que en el duodeno es donde el quimo se convierte en materia nutritiva, y si este intestino se halla inflamado crónicamente, apenas es probable que continue verificándose la quimificacion: hé aquí una causa poderosa del enflaquecimiento. El mal estado de la nutricion parecia conducir lentamente á esta enferma á un término funesto, cuando sobrevino una flegmasia aguda de otra porcion de los intestinos. A la diarrea que la anunció desde el principio siguieron bien pronto síntomas mas graves, y la paciente murió en medio de una calentura llamada adinámica, que en este caso fué sintomática de la entero-colitis de un modo manifiesto. Creemos por lo demas que los mismos síntomas de calentura adinámica pudiera determinar cualquier otra flegmasia aguda, que sobreviniese en iguales circunstancias en un sugeto que á consecuencia de una enfermedad crónica tuviese profundamente alteradas desde mucho tiempo antes la nutricion y la inervacion. Al presente es para nosotros un hecho demostrado que las enfermedades llamadas *calenturas graves* dependen menos de la intensidad de la flegmasia local que de las disposiciones en que se encuentran los individuos afectados.

En este caso la ictericia era tambien independiente de toda obstruccion de los conductos biliarios, y á la verdad sería difícil darse cuenta exacta de su produccion.

¿Por qué se ha podido prolongar en este caso la doble flegmasia crónica del duodeno y del hígado sin producir ninguna desorganizacion, al paso que en otros sugetos congestiones sanguíneas menos notables por su intensidad y duracion van rápidamente seguidas de alteraciones mas graves en la nutricion y en la secrecion? Sea como quiera se comprende que donde no hay desorganizacion, es todavía posible la curacion, aunque parezca poco probable á causa de la larga duracion de la enfermedad. La siguiente observacion nos ofrece un caso,

en el que recobró el enfermo la salud, siendo los síntomas casi los mismos que los mencionados en la historia que se acaba de leer.

IV.ª OBSERVACION.

Ictericia con tumor en el hipocondrio derecho. Calentura héctica; enflaquecimiento por espacio de quince meses. Curacion.

Un jornalero, de 39 años de edad, esperimentó un año antes de entrar en la Caridad un dolor obtuso, que se estendia como una barra por toda la parte inferior del torax. Al mismo tiempo tenia mal-estar general, grande abatimiento, y pérdida del apetito. Una aplicacion de sanguijuelas al epigastrio hizo desaparecer tales síntomas, y el enfermo se creyó curado. Sin embargo, el apetito que recobró momentàneamente faltó de nuevo en los dias sucesivos, y al poco tiempo se pusieron amarillos los ojos, y en seguida toda la piel. El paciente solo pudo darnos una cuenta imperfecta de los accidentes que esperimentó en seguida, y del tratamiento que se empleó. Lo cierto es que los once meses siguientes persistió la ictericia, no volvió el apetito, hubo diarrea de cuando en cuando, y por intervalos algunos dolores en el hipocondrio derecho. A la considerable gordura que habia existido hasta la invasion de la enfermedad, sucedió un grande enflaquecimiento. Al parecer en todo este tiempo no se siguió ningun tratamiento regular.

Cuando este sugeto se sometió à nuestro exámen, formamos acerca de él un pronóstico infausto. Se hallaba ya marasmódico; tenia todas las tardes un ligero movimiento febril, y solo durante el dia disminuia algo la frecuencia del pulso; la ictericia era muy pronunciada en toda la superficie cutánea; tocando al abdomen se reconocia un entumecimiento no acostumbrado en el hipocondrio derecho y en el epigastrio; comprimiendo de abajo arriba las paredes abdominales, se percibia un poco por encima del ombligo un borde cortante, que nos pareció pertenecer de un modo manifiesto al hígado; en todos los sitios donde existia el tumor era algo dolorosa la presion; faltaba el apetito, y nunca se habian presentado vòmitos ni nàuseas; las evacuaciones alvinas eran raras y compuestas de materias duras y negras. La gravedad de nuestro pronóstico se fundaba principalmente en la antigüedad de la ictericia y del trastorno de las funciones gàstricas, y sobre todo en el notable enflaquecimiento del enfermo. Podian suponerse con justa razon la existencia de una lesion orgànica del estómago y del hígado que habia sufrido un aumento notable de volúmen. M. Lerminier prescribió el primer dia *la aplicacion de una docena de sanguijuelas al hipocondrio derecho*; en los siguientes *tisanas emolientes y algunos caldos por todo alimento;* mas adelante *jugos de plantas chicoráceas, píldoras con jabon medicinal, calomelanos y el agua de Vichy, sin mas alimento que los caldos, ligeras menestras, ó alguna panatela de arroz.* Al mes de permanecer en el hospital se percibió por primera mejoría una modificacion en las evacuaciones alvinas, que eran amarillas, mas frecuentes y menos consistentes; luego sucesivamente se fué disipando el entumecimiento del epigastrio y del hipocondrio derecho, disminuyò la ictericia, desapareció el movi-

miento febril de las tardes, y volvió el apetito. Tres meses despues de su entrada en el hospital habia recobrado el enfermo la gordura, no tenia ictericia, y comia y digeria bien. Salio en buen estado de salud.

La inesperada curacion de este sugeto inclina á creer que, como en el precedente, existia una congestion sanguínea crónica del hígado, ó si se quiere una hepatitis crónica en el primer grado sin alteracion profunda de la testura del órgano. Semejantes casos son bastante raros, y de consiguiente dignos de llamar la atencion del práctico.

La enfermedad parece haber empezado por una inflamacion de las vias digestivas, que atacada en su estado agudo con una aplicacion de sanguijuelas, persistió en forma crónica, y se propagó al aparato biliario. Cuando vimos al enfermo, no existia mas signo de afeccion gástrica que una anorexia completa. ¿Era bastante para reconocer la existencia de una gastritis? Sea de esto lo que quiera, se aplicaron desde luego sanguijuelas al punto donde el tacto dió á reconocer una ingurgitacion hepática, y despues de algunos dias de un tratamiento puramente antiflogístico, se administraron los calomelanos en píldoras, los jugos de las chicoráceas, y el agua de Vichy. ¿Si hubiera habido una inflamacion gastro-intestinal, no debieron haberla exasperado estos medios? Lejos de esò, mientras se siguió semejante tratamiento, vimos disiparse poco á poco todos los síntomas graves, y, contra lo que esperábamos, restablecerse la salud. Los médicos ingleses hubieran notado cuidadosamente en este hecho el cambio de las evacuaciones alvinas, que volvieron á su estado natural poco despues de empezarse á administrar los calomelanos, observando que tan solo sobrevino la mejoría á consecuencia del cambio en la naturaleza de las cámaras. Segun unos debe esplicarse semejante alivio por una revulsion verificada en el tubo digestivo; segun otros por una accion específica ejercida sobre el hígado por los medicamentos administrados, y en opinion de algunos por una irritacion que en el mismo hígado reemplaza á la que se pretende combatir. Nosotros nos limitamos á comprobar el hecho, y á decir que la curacion se verificó al mismo tiempo que se administraban medicamentos que hubieran debido retardarla segun los principios de la doctrina de la irritacion. Debemos, sin embargo, notar que el régimen severo á que se sometió el enfer-

mo, y la estricta observancia de las reglas de higiene debieron tener una parte importante en la curacion.

Creemos que no sea fuera de propósito añadir á esta historia un hecho recogido en la práctica civil de mi padre, y que suministra un ejemplo de haberse curado una afeccion del hígado que por mucho tiempo se consideró como mortal. Hemos podido examinar por nosotros mismos esta enfermedad en los diversos periodos de su existencia, percibiendo y reconociendo tanto en el epigastrio como en el hipocondrio derecho la presencia de tumores que mas adelante desaparecieron completamente.

La Señora Marquesa de J.... tuvo por muchos años en la region epigástrica dolores casi continuos, que se aumentaban despues de las comidas. Al llegar à la edad crítica se hicieron aun mas penosas sus digestiones, disminuyó cada vez mas el apetito, y la piel adquirió un tinte amarillento, que al poco tiempo se cambió en una verdadera ictericia; enflaqueció la enferma, y sobrevino un movimiento febril, que al principio no existia sino por la tarde y por la noche, y que despues se hizo continuo. Al mismo tiempo que aparecieron estos diversos síntomas, se empezó à sentir una resistencia no acostumbrada en el epigastrio y en el hipocondrio derecho, y muy luego se presentó claramente en estas regiones un tumor, cuya forma y situacion parecian indicar que pertenecia al hígado. Se percibian en él algunas desigualdades, siendo generalmente dolorosa la presion. La enferma tenia alternativas de constipacion y diarrea. En el espacio de cerca de un año cayó en el último término de marasmo, teniendo las estremidades generalmente infiltradas. Muchos médicos, y entre otros MM. Portal y Lerminier, creyeron, como nosotros, que esta señora se hallaba atacada de una afeccion orgánica del hígado, y que el pronóstico era de los mas graves: llegó à punto de no poder digerir nada. Se practicaron en la region del hígado *fricciones mercuriales*, sin que al parecer produjesen efecto alguno ni bueno ni malo. Un dia despues de haber tomado por primera vez un poco *del jugo del taraxacon*, tuvo vómitos, y sobre todo una copiosa diarrea; mas à consecuencia de esta especie de indigestion, como la llamaba la enferma, se alivió sensiblemente. Lo cierto es que desde esta época (hubiese ó no correlacion verdadera ó simple coincidencia) la enfermedad que hasta entonces parecia caminar à un estado cada vez mas grave, empezó à presentar un aspecto menos temible. La calentura dejó de ser continua, disminuyeron el entumecimiento del hipocondrio y del epigastrio, desaparecieron las especies de abolladuras ó desigualdades que en ellos se percibian, y el tinte ictérico se hizo menos pronunciado. Entonces se prescribió à la enferma *por alimento la leche de burra*, que fué bien soportada, llegando à digerirse cada dia una gran cantidad. Poco à poco recobró el apetito, se restablecieron sus funciones digestivas, empezó à comer alimentos sólidos, recuperó la gordura, y desapareció la ictericia con el tumor del hígado. En el dia hace ya cerca de seis años que la Señora Marquesa de J.... ha recobrado una completa salud; tiene una gordura considerable; bastante fuerza para dar largos paseos à pie; come con apetito, y digiere bien. En una palabra, no se encuentra en ella indicio de la grave enfermedad que, segun todas las probabilidades, debian arrebatarla al sepulcro.

Es notable que en los dos casos de curacion de enfermedades del hígado que acabamos de citar, empezó á presentarse la mejoria á consecuencia de una modificacion producida por el arte: en el primer caso las cámaras fueron haciéndose poco á poco mas frecuentes, mas líquidas y mas amarillas; en el segundo se estableció de repente una copiosa diarrea. No temeríamos citar, si fuese oportuno, algunos casos bien comprobados, en los cuales hemos visto mejorarse y curarse diversos estados morbosos á consecuencia del uso del demasiado célebre purgante *Le Roy*, que administrado por la ignorancia ha hecho tantas víctimas. Por lo mismo que aleja á los médicos de este género de medicacion la direccion de las ideas actuales, es importante inquirir bien sus efectos, y asegurarse de si en ella, como en las demas cosas humanas, no hay algun bien mezclado con mucho mal. Respecto de esto no podemos prescindir de citar lo que vimos con nuestro padre en la señora L...., mujer de un notario de Neuilles, cerca de París. Esta jóven habia conservado una estremada sensiblidad en la rejion hipogástrica, á consecuencia del primer parto: los dolores se exacerbaban de cuando en cuando, y se desarrollaba calentura por intervalos. Por otra parte no habia ningun tumor apreciable en el bajo-vientre. Esplorado el cuello uterino no ofreció ninguna lesion perceptible, ni existia flujo alguno por la vagina. La enferma permaneció en tal estado por espacio de ocho meses, acostada en su cama ó tendida en un canapé, porque la bipedestacion y la marcha exasperaban singularmente los dolores hipogástricos. No parecian alteradas las funciones digestivas, enflaquecia la enferma, pero estaba muy distante de llegar al marasmo. MM. Fouquier, Marjolin y Moreau, llamados muchas veces en consulta, se inclinaron á considerar esta afeccion como una neuralgia uterina. Se hicieron con frecuencia aplicaciones de sanguijuelas al ano, á la vulva y al hipogástrio (la paciente se hallaba bien constituida, y era de temperamento sanguíneo). Se prescribieron semicupios simples y emolientes, fomentos emolientes y narcóticos al abdómen, bebidas diluyentes y algunas preparaciones opiadas. Sin embargo, la enferma no se curaba, permanecia siempre en un estado estacionario, aflictivo para ella y para los que la rodeaban. Despues de ocho meses de padecimientos la comprometieron los amigos á confiarse en los consejos de un individuo, cuyo nombre nos es desconocido, y que abandonando el tratamiento antiflogístico empleado hasta entonces, porque nos habia parecido el único racional, administró purgantes enérgicos repetidos con frecuencia. Poco despues de emplear esta nueva medicacion, aconte-

ció una mejoría notable, y en cosa de seis semanas recobró la Señora L... una perfecta salud, que conserva todavía.

¿Qué debe hacerse en el estado actual de la ciencia? comprobar bien la exactitud de tales hechos, y si se hallan efectivamente exactos, determinar por la esperiencia las circunstancias favorables al uso de semejante medicacion, dejando á cada cual que esplique el éxito segun le parezca.

V.ª OBSERVACION.

Gastritis crónica. Hepatitis intercurrente, tumor indolente en el hipocondrio derecho, ictericia. Curacion de la afeccion del hígado.

Un comisionista, de 63 años de edad, cuyas digestiones hacia muchos que eran penosas, y que tenia el epigastrio habitualmente dolorido, vomitando de cuando en cuando aguas acres, etc., esperimentó una gran contrariedad un mes antes de entrar en la Caridad. Durante los quince dias siguientes tuvo dolor mas vivo en el epigastrio, náuseas frecuentes, y anorexia completa, y al cabo de este tiempo se presentó ictericia. Despues de otra quincena de dias entró en el hospital.

Entonces toda la piel estaba teñida de amarillo, del mismo que las conjuntivas. Tocando el abdomen se percibia el borde cortante del hígado á dos dedos largos del borde cartilaginoso de las costillas; la presion no determinaba en este punto ningun dolor; la lengua estaba natural, y el epigastrio medianamente sensible; habia frecuentes eructos, y el enfermo vomitaba de cuando en cuando bastante cantidad de un líquido amarillo y amargo, que tenia todos los caracteres de la bilis: no habia, pues, obliteracion de los conductos colidoco y hepático. Pero cosa notable, al mismo tiempo que arrojaba en gran abundancia bilis por el vómito, las cámaras eran enteramente decoloradas, análogas á la arcilla, y por otra parte mas raras. No habia calentura. (*Tisana de grama, doce granos de calomelanos.*) Este último medicamento no produjo ninguna evacuacion alvina. En los cinco dias siguientes continuó el mismo estado. Tuvo el paciente una comezon muy viva en la piel, espeliendo la orina de un rojo anaranjado muy subido. (*Suero nitrado, lavativas emolientes.*)

Entonces se prescribieron *dos onzas de jarabe de ricino para tomar en muchas tazas de caldo de yerbas.* Movió cinco ó seis veces el vientre. En los dos dias siguientes *lavativas con una onza de sulfato de sosa y media de folículos de sen, con una dracma de acetato de potasa.* Tres ó cuatro dias despues se volvió á insistir en el *aceite de ricino.* Bajo la influencia de esta medicacion sobrevino la siguiente serie de fenómenos: cesaron los vómitos biliosos á medida que se establecieron las evacuaciones alvinas de la misma naturaleza; disminuyó el tumor del hipocondrio derecho, y en seguida desapareció; adquirieron las orinas un aspecto mas natural, y el tinte amarillo de la piel se hizo menos pronunciado, conservándose el pulso siempre sin frecuencia. Cuando llegó el enfermo á este estado prescribió M. Lerminier algunos *vasos de agua de Vichy, y píldoras preparadas con jabon medicinal y calomelanos* (*dos granos de cada sustancia*); *se hicieron algunas fricciones al hi-*

pocondrio derecho con una pomada compuesta con una onza de cerato y una dracma de mercurio dulce.

A las tres semanas de permanencia en la Caridad no habia indicios de ictericia; el hipocondrio derecho habia recobrado su consistencia despues de cesar los vómitos, y las funciones digestivas se hallaban en bastante buen estado para que el enfermo pudiese comer la media racion sin inconveniente. En tal situacion salió del hospital.

Esta observacion es notable bajo el punto de vista de la sucesion y órden de encadenamiento de los fenómenos morbosos, y bajo el de la terapéutica que se empleó.

El enfermo tenia desde mucho tiempo antes todos los signos de una gastritis crónica, cuando se exasperó esta á consecuencia de una emocion moral viva, manifestándose despues los síntomas de una afeccion del hígado. Es posible que en este caso hubiese inflamacion de los conductos biliarios, pero las materias arrojadas con los vómitos demostraban que los referidos conductos no se hallaban obliterados; y que la bilis descendia al duodeno. Pero lo notable era que al paso que los vómitos contenian mucha bilis, no existia ninguna en las materias fecales, de manera que podia decirse, que á medida que llegaba al duodeno, la conducia al estómago un movimiento antiperistáltico. No sabemos otra cosa de la enfermedad hepática, sino que habia ictericia y entumecimiento notable del órgano. Al cabo de cierto tiempo, y á medida que las evacuaciones alvinas empezaron á teñirse de amarillo, desapareció todo indicio de afeccion del hígado, y cuando el enfermo abandonó el hospital, se habian mitigado hasta los síntomas de la antigua gastritis crónica.

Si investigamos ahora bajo la influencia de qué medicacion parecieron efectuarse la curacion de la enfermedad del hígado, y la mejoría de la del estómago, hallaremos que aconteció mientras se administraban los purgantes. Pero no olvidemos que asi como en este caso particular ejercieron los purgantes una favorable influencia en la doble enfermedad del hígado y del estómago, determinando tal vez una fluxion revulsiva en la parte mas inferior del tubo digestivo, en otras circunstancias la administracion de los mismos purgantes ejerce por el contrario una accion enteramente opuesta; irrita el hígado, y produce una ictericia. Lo que convendria es poder determinar con precision los casos en que se verifica uno ú otro de estos efec-

tos. Por otra parte hemos visto mas de una vez que resistian á la aplicacion de sanguijuelas al epigastrio ciertos vómitos nerviosos pertinaces con constipacion, que iban acompañados de calentura, y desaparecian al tiempo de establecerse copiosas evacuaciones alvinas solicitadas por un purgante. La calentura cesaba tambien, y la salud se restablecia prontamente. Podemos citar entre otros el caso bastante notable de M. D...., catedrático de uno de los Reales Colejios de París.

Hàcia el principio del estio perdió el apetito; en seguida tuvo vómitos biliosos repetidos con frecuencia, que llevaban tres dias de duracion cuando le vimos. Una aplicacion de sanguijuelas al epigastrio no habia, al parecer, ejercido ninguna influencia, ni tampoco se obtuvo mejor resultado administrando un grano de tàrtaro emético. El color de la cara era amarillento, la lengua estaba cubierta de una capa blanquecina, y se presentaba estendida y sin rubicundez. El epigastrio era poco sensible à la presion, y las càmaras raras. El enfermo, segun su espresion, *tenia continuamente el corazon en los labios*, y con intervalos muy cortos vomitaba en gran cantidad un liquido amarillo y amargo: el pulso era frecuente y fuerte, y la piel estaba caliente. ¿Qué debia hacerse en semejantes circunstancias? el tratamiento antiflogistico empleado hasta entonces habia sido ineficaz, y tampoco se habia obtenido ningun éxito del vómito provocado artificialmente para hacer cesar los naturales. Por otra parte, la lengua no anunciaba ningun estado real de irritacion de los órganos digestivos. Nos pareció que segregàndose la bilis en gran cantidad, y dirigiéndose à la parte superior en vez de correr hàcia los intestinos, era la principal causa de los accidentes: su presencia irritaba al estómago que la espelia, y tambien originaba la reaccion febril. Pensamos que la principal indicacion que habia que llenar era cambiar semejante curso de la bilis, y hacer tal vez su secrecion menos considerable, activando la de la membrana mucosa intestinal. Se administrò un purgante, y obrase ò no segun las indicaciones que intentàbamos satisfacer, lo cierto es que apenas empezaron las evacuaciones de vientre, cesaron los vòmitos, y no volvieron à aparecer. Al siguiente dia hallamos al enfermo felicitàndose de su estado: habia dormido bien por la noche; no sentia ni nàuseas ni peso en el epigastrio, tampoco existia *el movimiento febril*. En los dias siguientes, à beneficio de las precauciones higiénicas, se restableció completamente.

No debe estrañarse que insistamos en semejantes hechos: cuanto mas en oposicion se hallan con las ideas médicas recibidas en el dia, mas útil creemos llamar la atencion de los prácticos acerca de ellos. Los tenemos por exactos y dignos de ser conocidos. Negándolos no se destruye su existencia; esperiméntese, y júzguese en seguida; pero no empecemos por llamar paradojas y errores á cuanto se opone á nuestras teorías,

porque entonces no hay progresos posibles en la ciencia. Estamos convencidos de que falta hacer un estudio importante acerca de la accion de los purgantes, el cual contribuirá tal vez á aclarar la etiologia y la terapéutica de cierto número de estados morbosos (1).

RESUMEN DE LAS OBSERVACIONES PRECEDENTES.

Nos parece que las observaciones que acabamos de manifestar presentan interés bajo muchos puntos de vista.

1.° Respecto de la etiologia demuestran que las enfermedades del hígado pueden ser consecutivas á una flegmasia gastro-intestinal; pero que otras veces son primitivas. Para semejante demostracion no se necesita citar muchos hechos: basta uno solo bien observado.

2.° Ofrecen ejemplos de diversas graduaciones de hepatitis agudas ó crónicas, y de congestiones sanguíneas del hígado, que pueden ó ser solo pasageras, ó persistir por mucho tiempo, sin que resulte en el órgano ningun cambio grave de nutricion, y sin que se establezcan secreciones morbosas.

3.° Semejantes afecciones del hígado pueden terminar por la muerte, tanto en el estado agudo reaccionando simpáticamente sobre los centros nerviosos, como en el crónico por el enflaquecimiento progresivo que producen; pero en este último caso el enflaquecimiento suele depender mas bien de una afeccion concomitante del tubo digestivo que de la hepática.

4.° Pueden terminar tambien felizmente por el restablecimiento de la salud, tanto en el estado agudo como en el crónico, despues que han producido el enflaquecimiento de los enfermos, y ocasionado la mayor parte de los síntomas que designan por lo regular las degeneraciones mas graves del hígado.

5.° En su estado agudo manifiestan su existencia, ó ya solo por un movimiento febril con reaccion simpática mas ó menos pronunciada sobre diferentes órganos, sin que haya por otra parte tumor en el hipocondrio, ictericia, ni dolor; ó bien por estos últimos síntomas que pueden existir solos ó aislados.

Las mismas congestiones sanguíneas ó hepatitis en su estado crónico pueden simular por sus síntomas las diversas al-

---

(1) No pretendemos que se nos crea sobre nuestra palabra, pero tenemos derecho á exigir que no se nieguen nuestros resultados antes de comprobarlos esperimentalmente.

teraciones de testura, de que vamos á hablar en los párrafos siguientes, como ya se ha dicho. (corol. 4.°)

6.° Pueden ser contínuas, ó presentarse de un modo intermitente.

7.° La ictericia que con frecuencia las acompaña no es siempre dependiente de la obstruccion de los conductos biliarios.

8.° Hemos visto que aprovechan en estas enfermedades dos especies de tratamientos: *a*, el antiflogístico; *b*, los purgantes.

9.° Esta última especie de tratamiento ha producido resultados bastante notables para que los prácticos procuren obtenerlos tambien, dedicándose á las mismas investigaciones que nosotros.

10. Hay otros casos, en que ha sido manfiestamente dañoso el tratamiento por medio de los purgantes.

11. Falta determinar de un modo mas riguroso que nosotros mismos lo hemos hecho, cuales son los casos en que debe emplearse con mas ventaja uno ú otro de dichos tratamientos.

¿Pueden esplicarse por la teoría de la revulsion los casos en que el método evacuante se ha manifestado mas eficaz? lo dudamos.

ARTICULO II.

OBSERVACIONES RELATIVAS A LAS ALTERACIONES DE NUTRICION DEL PARENQUIMA DEL HIGADO.

En las observaciones precedentes no hemos visto mas alteracion del hígado que un acumulo de sangre no acostumbrado en su parenquima. La esperiencia nos ha demostrado que esta congestion sanguínea activa, este primer grado de inflamacion puede persistir indefinidamente en el hígado sin alterarle de un modo mas profundo. Pero otras veces consecutivamente á la espresada congestion sanguínea, ó al propio tiempo que aparece esta, ó bien sin que pueda demostrarse de otra manera que por analogía la anterior existencia de la misma, se separa el hígado de su estado normal de nutricion, de donde resultan: 1.° diversas modificaciones en su forma, volúmen, color y consistencia: 2.° cambios mas ó menos apreciables en su circulacion, y de consiguiente diversos síntomas locales ó generales que se hallan en relacion con las diversas especies de alteraciones sufridas por el órgano.

§. I.

Observaciones acerca de la hipertrofia del hígado..

VI.ª OBSERVACION.

Hipertrofia general del hígado. Gastro-duodenitis crónica, falta de ictericia.

Entró en la Caridad un cajista de imprenta de edad de 43 años en el estado siguiente: estremado enflaquecimiento, cara pálida, manchas cobrizas en la piel del torax, del dorso y de los miembros. El borde cortante del hígado se percibia de un modo distinto un poco mas debajo del ombligo, pudiendo seguírsele al lado izquierdo en la estension de dos ó tres dedos mas allá de la linea media. En el espacio circunscrito por dos líneas rectas ideales, y que se estendieran, una desde el borde cartilaginoso de las costillas falsas izquierdas hasta un poco por encima del ombligo, y la otra desde este último punto hasta el vacio derecho, se percibia un cuerpo duro, de superficie lisa, que terminaba inferiormente en el borde cortante que hemos indicado, cuyos límites á la izquierda no podian designarse de un modo preciso, y que por arriba parecia continuarse por detras de las costillas. No vacilamos en creer que este cuerpo era el hígado desarrollado. El tumor que formaba era enteramente indolente; pero cuando el enfermo comia ó bebia vino puro esperimentaba una sensacion dolorosa en el epigastrio, que ó bien era pasagera, ó bien se prolongaba por muchas horas. La lengua ofrecia su aspecto natural, siendo notable solamente por su estremada palidez; habia anorexia habitual, sin aumento de sed, náuseas, ni vómitos. Las cámaras eran raras, y formadas de materiales duros y parduscos; la orina escasa, roja y sedimentosa; el pulso habitualmente frecuente sin aumento de calor en la piel. Nos dijo el enfermo que seis años antes de entrar en el hospital, habia tomado mucho licor de Van Swieten y una gran cantidad de cocimiento de zarzaparrilla, sin que estos remedios le librasen de unos bubones voluminosos é indolentes que le habian sobrevenido en las ingles á consecuencia de úlceras sifilíticas en el pene; y que tomó por consejo de un individuo que habia juzgado de la naturaleza de su afeccion por las cualidades de la orina, cierta cantidad de ácido sulfúrico unido al cremor tártaro. Al cabo de algunos dias de usar este remedio sintió repentinamente un dolor dilacerante y vivo en el epigastrio, cuya aparicion fué acompañada de pérdida momentánea del conocimiento y de movimientos convulsivos como epileptiformes. Los quince siguientes dias guardó cama el enfermo, y el dolor epigástrico disminuyó poco á poco de su primera intensidad; pero desde esta época se conservaron las digestiones penosas y dolorosas, faltó el apetito, y disminuyeron gradualmente las fuerzas y la gordura. El enfermo no percibió la existencia del tumor formado por el hígado, lo cual no es de admirar, pues no sobresalia al través de las paredes abdominales, ni era doloroso.

Este sugeto vivió cerca de seis semanas en la Caridad, y en este tiempo le vimos irse debilitando y enflaqueciendo cada vez mas sin tener calentura propiamente dicha.

Durante los seis últimos dias de su existencia vomitó en cuatro veces difo-

rentes, y en gran cantidad cada una de ellas, una materia negra parecida á los posos del café, desde entonces sobrevino una alteracion cada vez mas profunda de las facciones, enfriamiento de las estremidades, letargo y la muerte.

ABERTURA DEL CADAVER.

El primer objeto que llamó la atencion al abrir las paredes abdominales fué el hígado, que habia adquirido un enorme volúmen. Ocultaba á una gran parte de los intestinos, y se estendia por la parte inferior hasta un poco mas arriba de la cresta iliaca, escediendo mucho de la línea blanca: con respecto á su tamaño comparativamente á los demas órganos, presentaba el aspecto que se observa en el feto. Su superficie esterior ofrecia de un modo bien marcado sus dos sustancias naturales que se hallaban del mismo modo en el interior. No habia por otra parte en su testura nada preternatural, no estaba ni mas duro ni mas blando que de costumbre, y por la incision no salia mas que una cantidad proporcionada de sangre. La vejiga de la hiel contenia una porcion regular de bilis que era de un amarillo claro. En los conductos hepático, cístico y colidoco no se halló nada insólito.

El estómago pequeño y contraido se encontraba enteramente escondido detras del hígado. Sus paredes eran duras al tacto; su superficie interna tenia un color gris apizarrado, y estaba como mamelonada (1). Este último aspecto dependia de la considerable hipertrofia que habia sufrido la membrana mucosa, y que tenia desigual intensidad en los diversos puntos del órgano: donde se hallaba muy pronunciada se anunciaba por una especie de mamelones ó elevaciones, entre los cuales existian hundimientos correspondientes á los sitios donde la mucosa era mas delgada. El tegido celular sub-mucoso participaba algo, con especialidad hácia el píloro, del engrosamiento de la membrana que le cubria. El duodeno ofrecia en su superficie interna el mismo tinte gris apizarrado que aparecia en el estómago. El resto del tubo digestivo no presentó nada notable. El bazo era poco voluminoso y de mediana consistencia; tal, en una palabra, como se encuentra en el estado que se considera normal. Las cápsulas suprarenales nos parecieron notables por su gran desarrollo. El aparato urinario estaba sano. En el tegido celular, tanto interlobular como intervesicular de los pulmones, y en los ganglios bronquiales, se halló depositada una gran cantidad de materia colorante negra.

Examinamos con atencion las manchas cobrizas de que estaban cubiertas muchas partes de la piel, y las hallamos colocadas entre el epidermis y el dermis propiamente dicho, que no parecian absolutamente teñidos. Así, pues, tenian su asiento en el cuerpo mucoso de Malpighio en la misma parte de la piel, donde se segrega la materia colorante negra en los hombres de color.

Esta observacion nos ofrece un ejemplo de enfermedad del

(1) Esta espresion pertenece á M. Louis, que es el primero que ha descrito semejante estado particular de la membrana mucosa gástrica, y le considera del mismo modo que nosotros como el producto de una flegmasia crónica.

hígado, que consiste únicamente en una nutricion mas activa del órgano, semejante á la que suele presentar el corazon. Habia aumento en el número de las moléculas, sin que se modificasen su densidad, testura, ni composicion anatómica ó química. ¿Es posible afirmar que la produccion de tal estado fuese precedida de inflamacion, ó simplemente, si se quiere, de un aflujo sanguíneo mas abundante y activo que el que suele existir en el hígado? ¿No puede suponerse tambien que llegando al hígado la misma cantidad de sangre que en el estado normal, separase en virtud de una elaboracion mas activa mayor cantidad de materiales nutritivos?

Ninguno de los diversos síntomas presentados por el enfermo pareció pertenecer á la afeccion del hígado: no hubo ictericia ni produccion de hidropesía, ni tampoco motivo para que esta se verificára; pues el aparato hepático, propiamente hablando, no estaba ingurgitado, ni sus vasos obstruidos. Los accidentes graves, el enflaquecimiento y la muerte, parecian sobre todo debidos á la gastro-duodenitis, la cual se desarrolló bajo la influencia de una causa evidente: se presentó primero en forma aguda á consecuencia de la introduccion de cierta cantidad de ácido sulfúrico en el estómago; persistió crónicamente por seis años, al cabo de los cuales la creciente debilitacion de las funciones digestivas produjo el marasmo y la muerte. Es probable que la hipertrofia del hígado fuese consecutiva á la flegmasia gastro-duodenal; y esta circunstancia inclina á sospechar que la hipertrofia provenia de un acto inflamatorio.

Se hubiera podido pensar *á priori* que adquiriendo la nutricion del hígado un incremento tan extraordinario, debiera tambien hacerse proporcionalmente mas abundante la secrecion de la bilis; sin embargo, no sucedió así: durante la vida se evacuaba poca bilis, y despues de la muerte la vegiga de la hiel contenia una pequeña cantidad de la misma, y aun esta parecia hallarse compuesta de mas agua y albúmina que de costumbre, como si al propio tiempo que adquiría mas actividad la nutricion del hígado disminuyese su fuerza de secrecion. La siguiente observacion servirá tambien para confirmar esta conjetura: suministra un ejemplo de ictericia, sin mas alteracion del hígado que una simple hipertrofia.

VII.ª OBSERVACION.

Hipertrofia general del hígado con ictericia. Diarrea algun tiempo antes de la muerte, sin alteracion apreciable de los intestinos; adelgazamiento de las paredes del estómago.

Un jardinero, de 33 años de edad, presentó al entrar en la Caridad un

tinte amarillo verdoso en toda la superficie cutánea. Nos dijo que llevaba cerca de tres años padeciendo una ictericia, que habia sobrevenido sin causa conocida; que antes de su aparicion habia disfrutado de buena salud, y que durante el primer año de su existencia tampoco se habia sentido malo; pero en los dos siguientes disminuyeron lentamente sus fuerzas, y à su gordura habitual reemplazò un estado de enflaquecimiento considerable; perdiò el apetito, y sin esperimentar nunca verdadero dolor en el epigastrio, sentia despues de comer peso y una especie de plenitud en esta region; de cuando en cuando tenia diarrea.

Cuando se sometiò à nuestra observacion reconocimos en el abdomen un tumor enteramente semejante al descrito en la VI observacion; tenia la misma forma y estension, siendo indolente como él. La lengua estaba natural, la boca sin amargor, y las càmaras eran raras, de consistencia mediana y blancas. Todo el alimento del enfermo consistia en caldos, à los que se añadian algunas féculas. El pulso carecia habitualmente de frecuencia; la piel era asiento de una comezon muy incómoda. Cayó este enfermo en un marasmo cada vez mayor, y hácia los últimos tiempos de su vida tuvo una diarrea serosa y abundante que apresurò la muerte. Fué tratado únicamente con una medicacion demulcente.

ABERTURA DEL CADAVER.

El hígado, de un enorme volúmen, tocaba por su parte inferior á la cresta iliaca derecha, y por el lado izquierdo se estendia hasta el vacío. Por lo demas no parecia hallarse alterada de ningun modo su testura, no saliendo por la incision ó por la presion sino una cantidad mediana de sangre. La vejiga de la hiel no contenia mas que un liquido seroso, ligeramente teñido de amarillo. Los conductos biliarios estaban vacios, y su membrana mucosa de color agrisado, sin que por lo demas pareciese alterada su estructura.

La superficie interna del estòmago estaba pálida hasta en su porcion esplénica, y sus paredes tan adelgazadas que eran trasparentes; en vano se buscaban algunos indicios de la tùnica muscular, ni aun la membrana mucosa era en realidad aparente: solo se viò una trama celular, lisa en la parte esterior para formar el peritòneo. No encontramos ninguna otra alteracion apreciable en el tubo digestivo; la superficie interna de los intestinos gruesos en particular estaba blanca, y su mucosa tenia el grueso y consistencia del estado fisiológico.

El bazo era poco voluminoso, de mediana consistencia, y sano al parecer.

Este caso es análogo al que forma el objeto de la sesta historia, tanto por la naturaleza de la afeccion del hígado, como por la falta de dolor y de hidropesía. Pero en el individuo de la VI observacion no habia ictericia, tan solo eran menos abundantes que de ordinario los elementos de la bilis contenida en la vejiga. En el actual habia una ictericia muy pronunciada, y na-

da demostraba que su hígado hipertrofiado segregára bilis; á lo menos era menor su cantidad. Con efecto, la vejiga en vez de bilis contenia tan solo serosidad ligeramente amarillenta; los conductos biliarios estaban decolorados, como si en mucho tiempo no los hubiese atravesado, y las evacuaciones alvinas no parecian contener durante la vida parte alguna de dicho líquido. Era pues de creer que á medida que la nutricion del hígado adquiría un grado insólito de actividad, disminuia mas y mas su fuerza de secrecion, anonadándose al fin completamente. No pasando los materiales de la bilis al través de su emuntorio natural, y no eliminándose completamente sino por los riñones, permanecian en parte en la sangre, y la materia colorante impregnaba á muchos tegidos, resultando de aquí la produccion de la ictericia.

¿Pero cuál fué la causa del enflaquecimiento progresivo del enfermo? ¿Será necesario admitir que la presencia insólita y largo tiempo prolongada de los materiales de la bilis en la sangre produjo una influencia funesta en la nutricion y propiedades vitales de las diversas partes por donde se distribuia el líquido sanguíneo? ¿Sería la activa nutricion que se verificaba en el hígado la que concentrando en este órgano una gran suma de fuerzas, se oponia á que pudiesen repararse convenientemente las pérdidas de las demas partes? Pudo sin duda contribuir al enflaquecimiento del enfermo alguna de estas causas, pero no debe olvidarse el estado del estómago. ¿Hallándose atrofiado en gran parte podia desempeñar convenientemente la quimificacion? Por eso habia durante la vida anorexia y peso epigástrico despues de la ingestion de los alimentos; mas no hay motivos para creer que semejante atrofia y adelgazamiento de las paredes gástricas fuese el resultado de una flegmasia, de una irritacion antecedente.

Tampoco dejaremos de hacer notar la diarrea que existió en la última época de la vida, y para cuya esplicacion no hallamos ninguna alteracion apreciable en los intestinos. Los que pretenden que donde hay aumento de secrecion habitual precede otro de aflujo sanguíneo, ó una accion inflamatoria, la admitirán tambien en este caso, aun cuando la anatomía patológica no revele ningun indicio. Empero sería preciso empezar demostrando que siempre que se separa un líquido de la sangre en mayor cantidad que de ordinario, hay en la parte donde se verifica esta secrecion, exaltacion vital, irritacion, inflamacion; lo cual seguramente en muchos casos es solo una hipótesis, á la que pueden sustituirse del mismo modo otras muchas. Ademas hay hechos que combaten directamente esta presuncion. ¿Hay

irritacion en la piel fria y decolorada de un individuo próximo á morir, y que pierde el conocimiento? Pues sin embargo, esta piel helada y privada de sangre se cubre de copioso sudor.

En el caso actual y en el precedente vemos que el bazo no participó de la afeccion del hígado. No era ni mayor ni menor que lo acostumbrado.

§. II.

Observaciones acerca del reblandecimiento del hígado.

VIII.ª OBSERVACION.

Reblandecimiento rojo del hígado. Calentura continua con dolor en el hipocondrio derecho. Ligero tinte ictérico con orina amarillenta. Complicacion de peritonitis aguda.

Un obrero en cobre, de 39 años de edad, disfrutaba de bastante buena salud, cuando el 17 de octubre sintió un dolor algo vivo en toda la estension de la parte lateral inferior derecha del torax, por debajo de las costillas falsas.

En la noche anterior no habia dormido, y sí tenido calosfrios. Los tres siguientes persistió el dolor, y hubo calentura. El 20 de octubre hallamos al enfermo en el estado siguiente: las megillas estaban muy encendidas, y el resto de la cara pálido; las conjuntivas tenian el color natural; sentia el paciente en la parte lateral inferior derecha del torax, desde cerca de la sétima costilla hasta la undécima, un dolor continuo y fuerte, que no se aumentaba ni por la presion ni por la percusion, pero que se hacia mas vivo por el decúbito sobre el lado izquierdo. El hipocondrio derecho habia conservado su consistencia ordinaria, y se podia comprimir sin dolor; la respiracion se hallaba libre; no habia tos; el ruido respiratorio se percibia en todos los puntos con claridad y sin mucha intensidad; la lengua estaba blanquecina; la sed era poco viva, y el epigastrio se conservaba indolente, del mismo modo que el resto del vientre. No se habian verificado deposiciones desde el principio de la enfermedad; el pulso era fuerte y frecuente: la piel estaba caliente y cubierta de un copioso sudor, que teñia de amarillo las ropas blancas; las orinas bastante abundantes presentaban un color amarillo de bilis bien pronunciado.

¿Cuál era la naturaleza de esta afeccion? ¿Podia caracterizarse de pleuresía? pero faltaba la tos, y el dolor se hubiera aumentado por los movimientos inspiratorios. Nos llamó la atencion una circunstancia: el tinte amarillento de las orinas, y el depósito del mismo color que dejaban los sudores en la ropa blanca. ¿Indicaban estos fenómenos un trastorno en la secrecion de la bilis? ¿Y no pudiera suceder que el dolor descrito anteriormente perteneciese al hígado, ó á lo menos á su cubierta fibro-serosa, de donde se originaria el movimiento febril, que no se esplicaba por ninguna lesion aparente del conducto digestivo? M. Lerminier *prescribió una sangría de diez y seis onzas, veinte sanguijuelas al ano, tisana de simiente de lino gomada, y lavativas emolientes.*

En los tres dias siguientes persistieron los diversos síntomas que acabamos de indicar, y ademas adquirieron un tinte amarillento las conjuntivas, la cara

y la parte anterior del pecho. Tan solo habia movido el enfermo una vez el vientre, á consecuencia de cada lavativa, y los materiales no presentaban nada de insólito. Tosia poco, y los esputos que arrojaba eran simplemente catarrales. (*Tisana emoliente, dieta.*)

Al octavo dia de la enfermedad nada indicaba que esta caminára á su resolucion, pero tampoco habia signos que manifestasen una verdadera gravedad, cuando repentinamente se exasperó el dolor de la parte lateral inferior derecha del pecho, y se estendió al hipocondrio del mismo lado. El décimo dia se hallaba muy sensible á la menor presion. (*Se aplicaron en él doce sanguijuelas.*) Durante el dia se estendió el dolor á la totalidad del abdomen, aumentándose por la presion. Al mismo tiempo la piel, que hasta entonces se habia conservado madorosa, se puso seca; el pulso se presentó pequeño, comprimido y mucho mas frecuente, y se alteraron las facciones de un modo notable. (*Treinta sanguijuelas al abdomen.*) Del undécimo al décimo tercio dia: persistencia de los dolores abdominales, cuya causa residia evidentemente en una inflamacion del peritóneo; habia tension en el abdomen, algunos vómitos, constipacion, pulso miserable y enfriamiento gradual de la superficie cutánea. El enfermo murió al décimo cuarto dia de la enfermedad primitiva, y al sétimo de la peritonitis.

ABERTURA DEL CADAVER.

En el peritóneo existia derrame de un liquido purulento poco abundante que se hallaba reunido principalmente en los dos vacios. Las circunvoluciones intestinales aparecian débilmente adheridas por seudo-membranas blandas de reciente formacion. Todo el hígado se encontraba como rodeado de una cubierta purulenta gruesa, estendida en forma de membrana. Al tirar suavemente de este órgano para sacarle de su lugar, nos admiramos de que se desgarrára: su tegido era en efecto estremadamente friable, se quebrantaba y reducia á una pulpa rojiza por medio de una ligera presion, pareciéndose al de ciertos bazos tambien blandos: era de color rojo uniforme, no ofrecia ninguna otra alteracion de textura, y su volúmen no se hallaba aumentado de un modo sensible. Nada morboso tenian los conductos escretores de la bilis. La superficie interna del conducto intestinal se presentó blanca y sin alteracion notable en toda su estension.

Aquí tenemos una alteracion mas profunda que en las precedentes observaciones: no solo existia acumulacion insólita de sangre y nutricion mas activa del órgano, sino que ademas se hallaba modificada su consistencia, reduciéndose en toda su estension á una pulpa rojiza mediante una ligera presion. Si investigamos cuando empezó tan notable reblandecimiento, nos parecerá muy probable que fuese consecuencia de una afeccion aguda, de una verdadera hepatitis, cuyos primeros síntomas aparecieron el diez y siete de octubre. Por otra parte se ve que

fueron muy poco pronunciados dichos síntomas: el hipocondrio se hallaba indolente y sin tumefaccion; tan solo habia frente de las últimas costillas falsas derechas un dolor que podia ser signo de muchas afecciones diferentes. En la historia hemos visto que el estado de las orinas y de los sudores contribuyó á aclarar la verdadera naturaleza de la enfermedad, y que mas adelante confirmó el diagnóstico el ligero tinte ictérico de la piel y de las conjuntivas.

Nada hay que demuestre que en este caso el orígen de la hepatitis fuese una inflamacion gastro-intestinal; pero pudiera preguntarse si el dolor dependia de una flegmasia del mismo parenquima del hígado, ó si era mas bien resultado de la inflamacion desarrollada en la parte del peritóneo que le cubre. Autoriza á establecer esta cuestion el no haber existido ningun dolor en las dos observaciones siguientes, en las que hubo igual reblandecimiento del hígado desarrollado de un modo agudo, pero sin hepatitis. Finalmente, es de creer que el actual enfermo murió á consecuencia de la inflamacion aguda del peritóneo, que al parecer existió tan solo al principio hácia la region del hígado, estendiéndose despues á toda la generalidad del vientre.

IX.ª OBSERVACION.

Reblandecimiento rojo del hígado con gastro-enteritis acaecido durante el curso del sarampion.

Un albañil, de edad de 30 años, entró en la Caridad con una calentura contínua, acompañada de tos, coriza y rubicundez en las conjuntivas. Estos síntomas llevaban ocho dias de existencia, y la calentura solo dos; durante estos últimos sintió el paciente dolores contusivos y malestar general, é hizo cama. La cara estaba encendida, la lengua cubierta de una capa blanquecina gruesa y salpicada de rojo; habia sed bastante viva, el epigastrio, lo mismo que el resto del abdomen se hallaba blando é indolente; las cámaras eran raras y consistentes, el pulso desarrollado y frecuente, y la piel ardorosa y seca. (*Sangría de doce onzas; tisanas emolientes; dieta.*)

Al siguiente dia se hallaba la cara cubierta de un sarampion incipiente, que al poco tiempo cubrió toda la superficie cutánea: creemos inútil dar aquí su descripcion detallada. Hasta el tercer dia siguió la erupcion sin accidente alguno, pero de repente, y sin que pudiésemos apreciar la causa, se deprimió y decoloró la piel, apareciendo al mismo tiempo otros síntomas. Despojóse la lengua de la capa blanquecina que la cubria, y se puso roja y seca en toda su estension; se fijó en el epigastrio un dolor bastante vivo, que se aumentaba comprimiendo con alguna fuerza; á la constipacion que habia existido hasta entonces, sustituyó una diarrea abundante, con sangre y muchas mucosidades entre las evacuaciones albinas; el pulso estaba duro, y adquirió una gran frecuencia; púsose la piel ardorosa y notable por su aridez. No pareció dudosa la existencia de una gastro-enteritis de las mas intensas. *M. Lerminier*

hizo que se aplicáran veinte sanguijuelas al ano, y cataplasmas emolientes al abdomen, administrando interiormente la tisana de cebada gomada. Los dias siguientes se hendiò la lengua, poniéndose cada vez mas seca; palideciò la cara, y las facciones espresaban el abatimiento. (*Otras veinte sanguijuelas al ano.*)

Al cuarto dia de la desaparicion prematura del sarampion y de la invasion, ò mas bien de la exasperacion de la gastro-enteritis, empezaron á trastornarse, aunque de un modo ligero, las facultades intelectuales. (*Vejigatorios á las piernas.*)

En los dias quinto y sesto se presentò la lengua roja, hendida y seca, y los labios sanguinolentos; cuantas veces se presentaban al enfermo las tisanas las bebia con avidez; el epigastrio no aparecia dolorido à la presion, y persistian las cámaras sanguinolentas que eran menos frecuentes, pero iban acompañadas de tenesmo. (*El sesto dia doce sanguijuelas al ano*).

El sétimo, octavo y noveno dia se fué pronunciando cada vez mas el estupor, habia gran palidez en la cara, y enflaquecimiento ràpido; la lengua estaba negra, los dientes y los labios cubiertos de costras pardas que parecian formadas principalmente por la sangre cuajada y depositada debajo del epidermis desprendido. Se notaba en el vientre, que hasta entonces se habia conservado retraido, un principio de timpanitis que se percibia principalmente en el trayecto presunto del cólon transverso; las cámaras estaban en el mismo estado; el enfermo respondia con lentitud aun cuando por lo regular con precision à las preguntas; el pulso era siempre frecuente, pero se dejaba deprimir con mucha facilidad, la piel caliente y de una notable aridez. (*Otros dos vejigatorios á los muslos*).

El décimo dia tendencia al sopor, los ojos habitualmente cerrados: se obtuvieron con dificultad algunas respuestas, en las que se conservaba sin embargo la misma precision; por lo demas igual estado. (*Fricciones á los miembros con linimento amoniacal cantaridado: se continuó administrando al interior el cocimiento de cebada*).

El undécimo, duodècimo y décimo-tercio dias se entorpeció mas la inteligencia; pareciendo por último que se anonadaba del todo, en vano se interrogaba al enfermo pues no respondia, y sumido en un estado habitual de sopor, solo despertaba de cuando en cuando para pronunciar tartamudeando algunas palabras, cuyo sentido no podia apreciarse; las evacuaciones alvinas y urinarias se efectuaban involuntariamente; la timpanitis era cada vez mas considerable, y habia adquirido la cara un aspecto cadavérico, haciéndose permanente y profundo el estado comatoso. Aconteció la muerte del décimo-cuarto al décimo-quinto dia: M. Lerminier habia prescrito tan solo en el dia anterior una pocion en que entraban *dos dracmas del estracto blando de quina y una onza de cortezas de naranjas amargas por cuatro onzas de vehículo*, y de la que apenas tomò el enfermo *dos ó tres cucharadas.*

ABERTURA DEL CADAVER.

Nada notable existia con relacion à la enfermedad actual en el encéfalo ni en sus dependencias, como tampoco en los órganos toràcicos. Pero en el vértice del pulmon izquierdo se encontró un tubérculo cretàceo del tamaño de una avellena, al que rodeaba en la estension de muchas líneas un tegido

negro y duro. Ademas habia materia tuberculosa desarrollada en los ganglios bronquiales que estaban rojos é ingurgitados, y eran de un notable volúmen.

El cólon se encontrò muy distendido por gases en todo su trayecto. No habia ningun indicio de peritonitis, y al esterior parecia hallarse sano el tubo digestivo; pero bien pronto nos convencimos de que no era asi: la superficie interna del estòmago estaba tapizada por una capa gruesa de mucosidades que no se distinguian á primera vista, y hacian parecer blanca la membrana mucosa; mas debajo de ella y con especialidad en el fondo y á lo largo de las dos corvaduras hasta el piloro habia una viva inyeccion que se presentaba en forma de un hermoso salpicado rojo: eran vasillos agrupados unos al lado de otros, de modo que por su reunion constituian manchas y puntos rojos. La membrana estaba entumecida, como blanda, y se reducia á pulpa por medio de una ligera raspadura. Los tegidos subyacentes participaban del mismo reblandecimiento, pues egerciendo una ligera traccion en las paredes del estómago, se desgarraban. Las membranas laminosas y la túnica muscular se encontraban mas enrojecidas que de costumbre. En el duodeno existia tambien un salpicado rojo semejante al del estómago, y que parecia continuacion del que ocupaba los dos bordes de esta última viscera. El principio del yeyuno ya no presentaba el mismo aspecto: solo existia en él una inyeccion de los vasos mas notables, tanto de los que pasaban por debajo de la membrana mucosa como de los mas profundos, la cual se presentaba en forma de arborizacion.

En toda la estension de los intestinos delgados habia una inyeccion semejante, pero en el tercio inferior pròximamente era mas viva; las glàndulas de Peyero formaban una prominencia considerable por encima del nivel de la mucosa, y muchas de ellas se habian transformado en estensas úlceras. En lugar de la vàlvula ileo-cecal se hallò tan solo una úlcera grande que se estendia sobre todo por el lado del ciego. En el cólon se observaron una inyeccion bastante general de la membrana mucosa, algunas úlceras pequeñas esparcidas, y un gran número de folículos rojos entumecidos de suerte que representaban especies de granos ò de pústulas.

El hígado de su tamaño ordinario y de un color rojo intenso, se hallaba tan reblandecido que apoyando ligeramente el dedo en su tegido, se reducia à una pulpa rojiza, y haciendo una ligera traccion se desgarraba. Ni la vejiga ni los conductos biliarios ofrecieron nada notable. El bazo tenia su volúmen y aspecto ordinarios.

Ninguna especie de síntomas pudo revelar en este caso la existencia de la afeccion del hígado: no habia dolor ni tumefaccion del hipocondrio derecho y tampoco las orinas, la piel ni las conjuntivas ofrecian ictericia. Todos los síntomas que se presentaron, se refirieron lejítimamente á una gastro-enteritis, la cual era notable por su estension y por su intensidad en cada uno de los puntos que ocupaba. La inflamacion del parenqui-

ma hepático coincidió de un modo manifiesto con un estado inflamatorio del duodeno.

X.ª OBSERVACION.

Reblandecimiento rojo del hígado con inflamacion gastro-intestinal, observado en un tísico.

Un hombre que habia llegado á un grado adelantado de la tisis pulmonar, y cuyos síntomas por consiguiente nos parece inútil referir aquí, hacia muchos meses que habia perdido el apetito; tenia la lengua habitualmente un poco roja, y una abundante diarrea sin dolor en el abdomen. Murió lentamente.

La abertura del cadáver manifestó la existencia de escavaciones tuberculosas en los pulmones. La membrana mucosa gástrica estaba blanda y roja hácia el fondo y á lo largo de la pequeña corvadura; el duodeno sano (color blanco, la mucosa de consistencia ordinaria, y los folículos medianamente desarrollados); en la terminacion de los intestinos delgados habia numerosas úlceras, con depósito de materia tuberculosa al rededor y en el fondo de muchas de ellas. Ademas en el hígado se halló una lesion que de ningun modo pudo sospecharse durante la vida: era de un color rojo uniforme, escediendo mas de un dedo del borde cartilaginoso de las costillas; su tegido apareció reblandecido de un modo singular en toda su estension, no representando verdaderamente en muchos puntos sino una pulpa rojiza y semi-líquida. En los conductos escretores de la bilis no habia ninguna lesion apreciable.

Hé aquí un caso en que un reblandecimiento tan notable del parenquima hepático no fué revelado durante la vida por ningun síntoma que pudiese siquiera hacer sospechar su presencia. Si hubiese existido aislada esta lesion solo se hubieran observado síntomas generales que hubiesen inducido por necesidad á muchas dudas acerca de su causa. Sin embargo no es fuera de propósito creer que si hubiese aparecido sin complicacion, especialmente de una enfermedad de los pulmones, se hubiera anunciado la hepatitis por algunos síntomas mas pronunciados.

En los casos citados anteriormente todo parecia probar que la afeccion del hígado caracterizada por el reblandecimiento rojo de su tegido habia seguido un curso agudo; en el presente no podemos afirmarlo. Ahora veremos otros casos en los que existia el reblandecimiento sin rubicundez. ¿Será la misma afeccion en el estado crónico? ¿Puede decirse que en el reblandecimiento rojo existe todavía la inflamacion? ¿Deberá asegurarse en los casos de reblandecimiento sin rubicundez, y aun con decoloracion del órgano que el orígen ha sido una inflama-

cion, que al tiempo de cesar ha dejado como indicios de su existencia una diminucion notable en la cohesion de las moléculas del órgano? Estas cuestiones se discutirán en las reflexiones anejas á las historias que van á seguir.

XI.ª OBSERVACION.

Reblandecimiento del hígado con decoloracion de su tegido. En la vejiga de la hiel serosidad en vez de bilis; tinte amarillo bilioso de las orinas y sudores sin ictericia; cámaras blanquecinas. Síntomas de gastritis crónica, hallándose sano el estómago.

Un zapatero, de 56 años de edad, empezò á enflaquecer, à perder sus fuerzas, y à digerir mal dos años antes de entrar en la Caridad. Por lo demas nunca habia tenido dolor en el epigastrio ni en ningun otro punto del abdomen; tampoco náuseas ni vòmitos, pero sì anorexia, que al principio era intermitente, y luego se hizo contìnua. Se quejaba de malestar y peso hàcia la parte derecha inferior del epigastrio, cinco à seis horas despues que tomaba algun alimento. Solo hizo cama un mes antes de entrar en la Caridad. Desde el principio de la enfermedad, y durante su curso, se le aplicaron muchas veces sanguijuelas al epigastrio, sin obtener ningun alivio. Esta reunion de síntomas parecia indicar una afeccion crónica del estómago; pero observamos que la lengua tenia una notable palidez, no percibiéndose ningun mal gusto en la boca; el epigastrio estaba blando é indolente, del mismo modo que el resto del abdomen; hacia mucho tiempo que el enfermo no tomaba mas que leche por todo alimento, y se hallaba bien; las cámaras eran raras, y de un aspecto que nos llamò la atencion; estaban blanquecinas y completamente decoloradas como en los sugetos ictéricos; sin embargo, ni la piel ni las conjuntivas ofrecian ningun indicio de ictericia; pero la orina, que era bastante copiosa, tenia un color fuerte anaranjado, é igual al que se observa cuando la piel està teñida de amarillo; finalmente, corria mucho sudor de la cabeza, impregnando del mismo color los lienzos donde caia; el pulso era en general poco frecuente, sin haber aumento de calor en la piel; el enflaquecimiento muy considerable.

Consideramos á este individuo atacado de una gastritis crònica, y ademas, en razon à la naturaleza de las càmaras, de las orinas y de los sudores, pensamos que la afeccion del estòmago se hallaba complicada con una lesion cualquiera del hígado.

Durante dos meses que permaneció en la Caridad, y al cabo de los que murió en un estado de aniquilamiento sin agonia, en nada cambiaron los síntomas que observamos à su entrada; tan solo vimos que enflaqueció y se debilitó cada vez mas. La leche que tomaba al principio con bastante placer le disgustaba despues, repugnàndole toda especie de alimentos. Pidió vino con tantas instancias, que nos vimos precisados à concedérsele; y este liquido no exasperò los síntomas gàstricos, lo cual està muy lejos de acontecer en los casos de flegmasia crònica del estòmago Asi debia suceder, puesto que no existia tal inflamacion, como se verá en seguida. El tratamiento consistió en la aplicacion de *un vejigatorio al epigastrio, y la administracion interior de simples emolientes.*

ABERTURA DEL CADAVER.

La superficie interna del estómago estaba generalmente blanca, esceptuando algunos puntos, por los que, del mismo modo que por el tegido celular sub-mucoso, pasaban venas de un calibre bastante considerable; pero en la misma mucosa no habia ningun vaso inyectado, y su grueso y consistencia no se separaban en ninguna parte del estado fisiológico. Tampoco hallamos lesion apreciable en el duodeno, ni en el resto del tubo digestivo.

Examinado el hígado en seguida, encontramos que su color era pàlido esteriormente. Haciendo una ligera traccion para sacarle de su lugar, se desgarró, y comprimiéndole con el dedo se reducia à una especie de pulpa agrisada. En todos los sitios tenia el color de hojas secas, y apenas pudimos hacer salir de él algunas gotas de sangre por la incision y la presion. Por lo demas no manchaba de grasa al escalpelo, ni presentaba el aspecto de los hígados grasientos. En la vejiga se hallò en vez de bilis un liquido seroso é incoloro, que no tenia gusto amargo. Nada notable existia en los conductos hepático, cístico y colidoco, que no contenian bilis.

Este caso nos parece notable por mas de un motivo. Ofrece un ejemplo de trastorno antiguo de las funciones digestivas sin cambio apreciable en la organizacion del estómago, del duodeno y del resto del conducto digestivo. En otros muchos sugetos que no habian presentado otra especie de síntomas, hemos hallado lesiones mas graves del estómago. ¿Habría pues en este simple alteracion de las funciones del estómago sin lesion de su testura? Juzgamos que debe buscarse en otro sitio la causa del trastorno de las digestiones, y de consiguiente de la debilidad progresiva, marasmo etc. ¿Dependeria la enfermedad de la falta de aflujo de bilis hácia el duodeno? ¿Será posible que deje impunemente de mezclarse con la bilis el quimo que llega al referido intestino para transformarse en jugo nutritivo? ¿Puede entonces elaborarse un quilo bueno y verdadero? En el estado actual de la ciencia pueden cuando menos suscitarse tales cuestiones. De aqui la especie de peso que esperimentaba el enfermo cinco ó seis horas despues de haber tomado alimento, es decir en la época poco mas ó menos en que este debia atravesar el píloro. De igual causa nacia la anorexia que no estaba enlazada ni con un estado de irritacion ni con una debilidad del estómago, sino que dependia del mal estado general de las funciones nutritivas. El hambre se habia anulado, porque la nutricion estaba á punto de destruirse, no formándose el quilo, por

que no habia quimificacion : notable ejemplo entre otros mil de los lazos íntimos con que se unen y corresponden todos los actos vitales!

Si investigamos ahora la causa que se oponia al descenso de la bilis al duodeno, hallaremos que habia cesado de llegar á él (como lo probaba suficientemente durante la vida el aspecto de las materias fecales) no porque se opusiese á la libre escrecion un obstáculo en los conductos biliarios, sino porque no se formaba realmente en el hígado. Con efecto, el líquido que hallamos contenido en los conductos diseminados en lo interior del órgano y en la vegiga, en nada se asemejaba á la bilis. Así, pues, parecia haber habido en este caso falta de secrecion biliaria, y la materia amarilla de la bilis se separaba de la sangre por otras vias, como los vasos exhalantes de la superficie cutánea. ¿Pero se eliminaba completamente esta materia, y no sería una nueva causa de trastorno de las fuerzas nutritivas?

Consideramos como un hecho demostrado por la esperiencia que en los casos de reblandecimiento del hígado parecidos al descrito en la observacion actual, puede suspenderse, ó á lo menos disminuir mucho la secrecion de la bilis.

En cuanto á las causas del reblandecimiento son muy difíciles de establecer, si se procede con una crítica severa. ¿Será tan solo un resultado de la flegmasia crónica? Esto es defendible, pero imposible de demostrar: por nuestra parte permanecemos en la duda.

XII.ª OBSERVACION.

Reblandecimiento del hígado con decoloracion de su tegido. Liquido como acuoso en la vejiga. Ausencia de la bilis en las evacuaciones alvinas. Gastritis crónica.

Una mujer de 50 años de edad llevaba muchos digiriendo con dificultad; habia perdido poco á poco el apetito, y al entrar en el hospital tenia una anorexia completa, vomitaba algunas veces, y no sentia dolor en el epigastrio; el abdomen estaba blando é indolente en toda su estension; la lengua tenia un aspecto natural; las cámaras eran raras y de color de ceniza; el enflaquecimiento considerable, y el pulso carecia de frecuencia. No se examinaron las orinas con respecto á su color.

Algun tiempo despues de entrar la enferma en la Caridad se la enrojeció y secó la lengua, adquirió mayor frecuencia de pulso, y pereció en un estado adinámico.

ABERTURA DEL CADAVER.

El hígado se estendia hasta el hipocondrio izquerdo, no escediendo por la parte inferior del borde cartilaginoso de las costillas. Su tegido notable por su

palidez se reducia à pulpa entre los dedos con la mayor facilidad. La vejiga se hallaba llena de un liquido semejante al agua turbia; el conducto cistico desembarazado, los hepàtico y colidoco contenian una serosidad cetrina anàloga à la orina; la entrada del conducto colidoco en el duodeno se hallaba tambien libre.

El bazo voluminoso se reducia á una pulpa de color de heces de vino, mediante una ligera presion.

La cara posterior del estómago estaba ocupada por una úlcera de la estension de un duro, en cuyo fondo aparecia el pancreas sano, y unido à la circunferencia por un tegido celular denso y apretado; los bordes de la misma eran lisos y redondeados, y à su alrededor estaba blanca la membrana mucosa, y no ofrecia aumento de grueso ni reblandecimiento.

En el fondo tenia esta membrana un rojo vivo.

Ni en el duodeno ni en el resto de los intestinos se encontró lesion apreciable. Tan solo en el colon se observaba un notable desarrollo de los foliculos que se presentaban en forma de cuerpos pequeños, blanquecinos, redondeados, y ofreciendo la mayor parte un orificio en su centro. Los intestinos gruesos contenian materiales sólidos, y de un blanco agrisado.

En el tegido del útero se hallaron engastados dos tumores fibrosos del tamaño de una nuez: uno de ellos estaba formado por fibras entrecruzadas y como apelotonadas; en el otro estaba dispuesto el tegido fibroso en forma de granos aislados y separados por un tegido celular muy vascular.

La aorta presentó en su superficie interna muchas placas cartilaginosas y huesosas.

Esta observacion tiene grande analogía con la precedente respecto á la testura del hígado, al aspecto del líquido contenido en la vejiga, y á la falta de bilis en las evacuaciones alvinas. Tampoco en este caso habia ictericia. Sentimos mucho no haber comprobado el estado de las orinas.

El individuo que forma el objeto de la observacion actual tenia una lesion orgánica muy grave en el estómago, sin embargo de la cual los síntomas que durante la vida anunciaron en él una afeccion de las vias digestivas, no fueron apenas mas intensos ni aun diferentes de los observados en el enfermo de la historia XI, en el que creimos deber esplicar de otra manera la produccion de los fenómenos, á causa de la falta completa de lesion apreciable en el tubo digestivo.

La viva rubicundez que se encontró en el fondo del estómago es probable fuese una alteracion reciente, á la cual pueden referirse los síntomas nuevos que aparecieron durante los últimos dias.

§. III.

Consideraciones acerca de la induracion del hígado.

XIII.ª OBSERVACION.

Induracion roja del hígado. Ascitis sin ningun otro síntoma que pudiese revelar una afeccion del hígado.

Un lapidario, de 33 años de edad, habia disfrutado siempre de buena salud hasta mayo de 1821. En esta época, y sin hallarse acatarrado con anterioridad, tuvo una hemotisis bastante copiosa, que duró unos diez dias, permaneciendo la tos hasta fines del mes de junio. Entonces cesaron los accidentes con respecto al pecho, desapareciendo de consiguiente la tos y la ligera disnea que la acompañaba, pero se presentaron síntomas que se referian al abdomen. Se manifestó un dolor poco vivo, pero continuo, hácia el hipocondrio derecho (el enfermo no pudo designar su asiento con mas precision), con frecuentes vómitos de los alimentos, y le sobrevino una ligera diarrea que cesaba por intervalos; sin embargo, no hizo cama, ni interrumpió sus ocupaciones habituales. En los tres meses siguientes persistieron los mismos síntomas, disminuyendo progresivamente la gordura y las fuerzas. No pudimos saber si el dolor del hipocondrio habia precedido ó seguido á la primera aparicion de los vómitos y de la diarrea. En los meses de octubre y noviembre se abultó el vientre, presentándose una ascitis bien manifiesta para todos los que veian el enfermo, y al propio tiempo se demacraron cada vez mas la cara y los miembros. Al principio del mes de diciembre entró en la Caridad, presentando el siguiente estado.

Cara pálida, que espresaba el padecimiento; gran debilidad, y demacracion considerable de los miembros; el abdomen, muy distendido por un líquido que determinaba una fluctuacion manifiesta por medio de la percusion, no estaba dolorido en ningun punto; diarrea (cinco ó seis cámaras líquidas cada veinte y cuatro horas). Aspecto natural de la lengua. Conservacion del apetito; falta de calentura; piel muy seca; respiracion libre; la auscultacion y la percusion no anunciaban estado alguno morboso de los órganos torácicos.

¿Cuál era en este enfermo la causa de la ascitis? No podiamos esplicarla por ninguna lesion orgánica aparente. Cuanto en aquel momento podiamos apreciar era la existencia de una flegmasia crónica de la parte inferior del tubo digestivo.

Al siguiente dia de la entrada del enfermo se ejecutó la puncion. Salió del abdomen un cubo de serosidad transparente. Con el objeto de solicitar la accion de los riñones para evitar que se reprodujera la coleccion peritoneal, prescribió M. Lerminier *el vino diurético amargo de la Caridad* (1), *dos drac-*

(1) El vino diurético amargo de la Caridad es una preparacion de Mr. Corvisart, y consta:

mas de miel escilítica, la tisana de grama nitrada y fricciones á la parte interna de los muslos con la tintura de digital. En los doce dias siguientes permaneció el enfermo casi en el mismo estado. No se aumentaron las orinas, conservó la piel su gran sequedad, no aumentó ni disminuyó la diarrea, y las cámaras se verificaron sin dolor ni tenesmo. El pulso no adquirió frecuencia, pero la ascitis se reprodujo en poco tiempo, llegando á ser tan considerable como antes de la puncion. En este estado de cosas prescribió M. Lerminier *una pocion compuesta de una onza de aceite de ricino, media de jarabe de espino cervino y dos dracmas de yerba-buena.* Durante el dia tuvo el enfermo cámaras serosas muy abundantes, y acompañadas de dolores cólicos bastante vivos. Al siguiente dia le encontramos sin calentura segun costumbre.

En el dia décimo-quinto de la entrada del enfermo en el hospital se le administraron *cuatro píldoras de calomelanos y de jabon medicinal, constando cada una de tres granos de mercurio dulce y uno de jabon*, y se continuó su uso por espacio de tres dias, conservándose la diarrea durante su administracion en el mismo estado que antes.

A los veinte dias de haberse hecho la puncion, era la ascitis mucho mas considerable que antes de dicha época. Se alteraron las facciones, y la postracion era estrema. La lengua que conservaba su humedad y no estaba roja, empezó á principios del mes de enero á ennegrecerse por el centro, sin que por esto se enrojecieran los bordes; el pulso se hizo cada vez mas débil, y cesó de latir. Murió el enfermo sin agonía, conservando hasta el último momento el libre uso de sus facultades intelectuales. Ningun dia hasta la muerte movió mas de cinco ó seis veces el vientre; los miembros permanecieron constantemente exentos de infiltracion.

De corteza de winter.... de quina.... de canela....	de cada cosa.....	una onza.
De raiz de angélica..... De escamas de escila.... De bayas de enebro..... De nuez moscada.....	de cada cosa.....	dos onzas.
De hojas secas de ajenjos.. de toronjil.	de cada cosa.....	dos manojos.
De vino blanco.....		dos libras.

Se maceran las sustancias medicinales en el vino por espacio de veinticuatro horas.

La dosis es de una á cuatro onzas al dia.

Se emplea ventajosamente como tónico en los casos, en que son lentas y penosas las digestiones, teniendo el estómago necesidad de ser estimulado. Conviene tambien en las hidropesías pasivas. *(N. de los TT.)*

ABERTURA DEL CADAVER.

Al hacer la incision de las paredes abdominales salió una enorme cantidad de serosidad transparente. No nadaba en medio de ella ninguna copo, ni habia en el abdomen nada que indicase la existencia de una inflamacion antecedente ò actual del peritóneo.

Nos llamò la atencion la especie de sensacion de densidad que presentaba esteriormente el hígado al simple tacto: aunque no se hallaba aumentado su volúmen, era mucho mas pesado que de costumbre. Tenia un color rojo uniforme, y se dejaba desgarrar con dificultad, pudiendo compararse con respecto à su color, corte liso y conjunto de propiedades físicas con el aspecto que presenta el jamon magro. Los conductos escretores de la bilis no ofrecieron nada digno de notarse.

El estómago estaba pàlido en toda su superficie interna, y su membrana mucosa tan reblandecida y delgada hácia el fondo, que en muchos puntos no se hallaba mas que el tegido celular sub-mucoso tapizado por una pulpa líquida y blanquecina. El duodeno y el resto de los intestinos delgados no presentaron ninguna lesion apreciable, esceptuando algunas inyecciones parciales y poco estensas de la membrana mucosa que existian de trecho en trecho. Toda la superficie interna del ciego tenia un color pardusco y un desarrollo muy considerable de sus folículos. La membrana mucosa del colon estaba blanca en toda su estension, pero en muchos puntos se hallaba notablemente reblandecida. En el recto volvia à aparecer el color pardusco.

Nada notable habia en las demas vísceras abdominales.

Examinados los pulmones cuidadosamente, à causa de la abundante hemotitis acaecida muchos meses antes, se hallaron perfectamente sanos, y lo mismo aconteció respecto del corazon.

En el cerebro no se encontrò mas de particular que serosidad transparente, depositada en los ventrículos laterales en bastante cantidad, para hacer que permaneciesen muy distendidos aun despues de su evacuacion.

En esta observacion encontramos una alteracion de testura del hígado, diferente de las que han aparecido en las historias anteriores. Se halló el parenquima considerablemente endurecido, aumentada su densidad, y su color de un rojo mas intenso de lo que corresponde al estado sano. No produjo esta afeccion ningun síntoma característico, pero sí un fenómeno morboso nuevo que no hemos visto existir en los casos precedentes, esto es, la ascitis. Como era de un modo manifiesto independiente de toda enfermedad del corazon, y por otra parte nada anunciaba que existiese peritonitis, se podia sospechar que dependia de una afeccion del hígado; pero no asegurarlo. Es probable que el aumento de consistencia que habia sufrido el órgano, se opusiese á la libre circulacion de la sangre venosa por su

interior. Habia pues obstruccion del hígado, palabra vaga que con razon se ha desterrado del lenguage científico, pero que no deja de espresar un hecho real. Ademas no hubo desarreglo, á lo menos apreciable, de la secrecion biliar.

Es muy difícil determinar la época en que empezó la enfermedad del hígado. ¿Anunciaria su principio el dolor que sintió el enfermo en el hipocondrio derecho, cuando los síntomas de irritacion gastro-intestinal sustituyeron á los de la irritacion pulmonar?

El reblandecimiento blanco de la mucosa gástrica no impidió que la lengua conservase siempre su estado natural, escepto en los últimos dias de la existencia del enfermo, en los cuales se ennegreció. Al principio del mal hubo algunos vómitos.

Mas adelante fueron poco pronunciados los síntomas gástricos. Para esplicar la diarrea crónica no se halló mas que la decoloracion pálida del ciego y del recto y un poco de reblandecimiento blanco, semejante al del estómago, en la membrana mucosa del colon.

En este sugeto se ve un ejemplo del efecto que producen los purgantes reiterados y otros estimulantes en los que tienen ascitis, y la membrana intestinal irritada de antemano. Haremos con este motivo una sola observacion: que los estimulantes aplicados á una mucosa ya enferma, nunca ocasionáran fiebre.

Finalmente, notaremos el estado sano en que se encontraron los pulmones en un sugeto, que muchos meses antes habia tenido una copiosa hemotisis seguida de una tos bastante larga. Hé aquí un hecho que demuestra la posibilidad de la produccion de una hemotisis sin la existencia de tubérculos antecedentes. Tambien fue en este caso muy singular la desaparicion repentina de los accidentes torácicos al mismo tiempo que empezaron á afectarse las vísceras abdominales.

XIV.ª OBSERVACION.

Induracion del hígado con decoloracion insólita de su tegido. Ictericia y ascitis. Flegmasia intestinal antecedente.

Un hombre de 26 años de edad permaneció encerrado cerca de dos años en la prision de Montaigu, y durante su detencion empezó á alterarse su salud, que hasta entonces habia sido buena. Tuvo primero una diarrea que duró muchos meses, cesando y reproduciéndose alternativamente repetidas veces; en seguida se puso amarillo, y mas adelante adquirió su abdomen un desarrollo estraordinario.

En la época de su entrada en el hospital tenia un tinte amarillo intenso en toda la superficie cutánea y en las conjuntivas. Habia demacracion de la cara y de los miembros, fluctuacion en el abdomen, un tumor, que se percibia con mucha oscuridad en el hipocondrio derecho, el cual ni estaba doloriido, ni lo habia estado; la lengua se hallaba blanquecina; habia diarrea y sed; las orinas eran escasas y de un rojo oscuro, el pulso estaba frecuente y la piel caliente.

Durante la permanencia del enfermo en el hospital no vimos otro cambio mas que una debilitacion cada vez mas considerable, y un enflaquecimiento cada dia mayor. Murió un mes despues de su entrada. En los últimos dias de su vida se meteorizó considerablemente el abdomen. Tubo muchas veces sudores copiosos, que manchaban de amarillo las ropas blancas.

ABERTURA DEL CADAVER.

El hígado era voluminoso, pesado, muy duro, se desgarraba con dificultad, y ofrecia un tinte general de un pardo verdoso. Examinándole con mas atencion se vió que este tinte no era uniforme, y que el parenquima del hígado se hallaba formado: 1.° por un tegido de un blanco verdoso dispuesto en forma de lineas ó de placas irregulares (tegido blanco ordinario hipertrofiado); 2.° por un tejido de un verde oscuro subido, del que dependia el color general que presentaba el hígado, y que era análogo al rojo ordinario. Los conductos hepático y colidoco estaban sanos, y el cuello de la vejiga de la hiel obliterado por un cálculo. En la vejiga solo habia algunas mucosidades filamentosas.

En los intestinos existian manchas negras esparcidas, que parecian úlceras antiguas en estado de cicatrizacion. Examinadas debajo de una capa de agua presentaban un aspecto mamelonado, y aparecian desprovistas de vellosidades, que eran por el contrario muy manifiestas en sus intervalos. El bazo bastante blando era notable por su volúmen.

Nos parece esta historia digna de atencion con particularidad: 1.° respecto á la especie de alteracion que habia sufrido el hígado, y que consistia en el aumento de volúmen y consistencia de su tejido con modificacion del color; 2.° respecto á los síntomas y al órden de sucesion, pues precedió la afeccion del hígado á la intestinal, y hubo ictericia sin hallarse obstruidos los conductos hepático y colidoco.

Debe fijarse la atencion en las manchas negras desprovistas de vellosidades y esparcidas por la mucosa intestinal, que parecian indicar una reproduccion imperfecta de la membrana mucosa.

XV.ª OBSERVACION.

Induracion del hígado; hipertrofia de la sustancia blanca. Color insólito de la sustancia roja. Ictericia. Tumor abdominal.

Un fundidor de cobre de 62 años de edad, que tenia la solitaria hacia muchos años, esperimentaba desde siete á ocho dolores vagos en diferentes puntos del abdomen, vomitando de cuando en cuando aguas ácres. Desde la misma época perdió la gordura, que habia sido antes bastante considerable, y fué poniéndose poco á poco marasmódico. Tambien llevaba muchos años con dolores reumáticos en los miembros, y se le habia presentado muchas veces en algunas articulaciones de la mano una hinchazon dolorosa, que se caracterizó de gota.

Estado del enfermo en la época de su entrada y durante el tiempo que permaneció en el hospital.

Tinte amarillo verdoso de la cara, y color de un amarillo mas claro en el resto de la piel; marasmo; tumor que ocupaba el hipocondrio derecho y el epigastrio, y descendia hasta el ombligo; tension en el hipocondrio izquierdo, donde no se podia circunscribir el tumor. No habia dolor mas que en el epigastrio, y aun en este no era habitual, sino que se desarrollaba con la presion, y se reproducia de cuando en cuando por medio de latidos, que eran mas frecuentes por la noche.

La lengua estaba roja sin capa ninguna; habia sed, anorexia y frecuentes vómitos desde algun tiempo antes; las cámaras eran amarillas y de consistencia ordinaria, el pulso carecia de frecuencia, y se notaba fluctuacion oscura en el abdomen y un ligero edema de los miembros abdominales. (*Vejigatorios á las piernas, fumigaciones de bayas de enebro, tisana de grama y de acebo, agua de Vichy, fricciones estimulantes á la piel*). Aumento de los vómitos, sequedad de la lengua, postracion cada vez mayor y muerte.

ABERTURA DEL CADAVER.

El hígado voluminoso era notable por su densidad y dureza; y las circunvoluciones de su sustancia blanca mas anchas, estensas y pronunciadas. La sustancia esponjosa circunscrita por la anterior ofrecia un tinte verdoso oscuro, las vias de escrecion de la bilis estaban sanas.

Ademas hallamos rubicundez general de la superficie interna del estómago, induracion gris y negra del pulmon derecho, en medio de la cual se habian desarrollado algunos tubérculos miliares y tinte negro de las vellosidades intestinales (1).

---

(1) Echamos de menos en esta historia é inspeccion todo lo relativo á la solitaria, que juzgamos tendria gran influencia en la produccion de los fenómenos morbosos. --- *N. de los TT.*

Esta observacion presenta mucha analogía con la precedente respecto á la alteracion de testura del hígado y á los síntomas que la anunciaron durante la vida.

XVI.ª OBSERVACION.

Induracion roja del hígado con desarrollo de granulaciones en su periferia y en su interior. Ictericia y ascitis. Tumor formado por el lóbulo izquierdo del hígado. Causa presunta, emocion moral.

Un criado de cabriolé de las inmediaciones de París, de 49 años de edad, de constitucion fuerte, y que habia abusado de los licores alcohólicos disfrutò de buena salud hasta fin de junio de 1822; en esta época tuvo una violenta disputa con sus camaradas, à consecuencia de la cual se puso ictérico. Habiendo entrado en el hospital de Saint-Germain en Laye, salió de él á los 36 dias sin mas que un ligero tinte ictérico; pero à poco tiempo volvió à presentarse la ictericia. Del 20 al 30 de agosto empezò à entumecerse el abdomen. Durante el mes de setiembre se hizo cada vez mas considerable la ascitis, y empezaron à infiltrarse los miembros abdominales, finalmente hàcia el 20 de setiembre se estendiò la hidropesía hasta el escroto.

Este enfermo entró en la Caridad el 5 de octubre. Entonces toda la superficie cutánea ofrecia un tinte amarillo verdoso; el abdomen se hallaba prodigiosamente entumecido, y se reconocia en él una fluctuacion evidente: nunca habia sido asiento de dolor alguno. Los miembros pelvianos, el escroto y el pene estaban infiltrados; la respiracion era difícil, resultado mecànico de la compresion del diafragma por el líquido peritoneal. La auscultacion y la percusion daban à conocer que estaban sanos los órganos toràcicos; el pulso era pequeño y un poco frecuente, y en la piel no habia aumento de calor; presentábanse las orinas raras y de un amarillo azafranado, la lengua húmeda y blanquecina, el apetito nulo y la sed poco considerable; solo se movia el vientre una vez cada veinte y cuatro horas, y los escrementos eran consistentes y de color de ceniza. La debilidad habia llegado à un grado muy considerable.

El principio y el curso de la enfermedad, la falta completa de toda especie de signo de afeccion orgánica del corazon, y finalmente la coincidencia de una ictericia parecian anunciar que la hidropesía dependia de una enfermedad del hígado.

M. Lerminier procurò sobre todo combatir esta hidropesía estableciendo una doble fluxion revulsiva en los riñones y en la membrana mucosa intestinal. Con este objeto prescribió *la tisana de grama y de parietaria nitrada, un escrúpulo de nitro en media azumbre de cocimiento, cuatro píldoras preparadas cada una con dos granos de calomelanos, uno de ruibarbo y otro de escila, con la adicion de suficiente cantidad de jarabe de las cinco raices, y tres caldos.*

Los dos dias siguientes continuó el mismo estado: igual prescripcion.

El 8 de octubre habia disminuido la infiltracion del escroto, pero la coleccion peritoneal era mas considerable, ocasionando una gran dificultad para respirar y una viva ansiedad. Se egecutò la puncion, y salió un líquido transparente de color cetrino. La depresion de las paredes abdominales permitió reconocer inmediatamente despues de la operacion, la existencia de un

tumor en el lado izquierdo del apéndice xifoides, que no pudo circunscribirse exactamente, y que parecia pertenecer al lòbulo izquierdo del hìgado. Se continuó en el uso de las píldoras, y se añadieron à la prescripcion *tres onzas de vino diurético amargo de la Caridad* para tomar à cucharadas.

Al dia siguiente 9 se hallaban muy enjutos los miembros inferiores, y era la orina muy abundante.

El 10 se observó una tendencia marcada al sueño, y por la noche se estableció una copiosa diarrea.

En la mañana del 11 gran postracion, color pardo en el centro de la lengua y pulso muy frecuente, *(tisana de cebada gomada, dos vejigatorios á los miembros inferiores, fricciones con alcohol alcanforado)*. Durante todo el dia permaneció el estado comatoso, y hubo frecuentes evacuaciones alvinas.

El dia 12 de octubre estaba la respiracion muy acelerada; la lengua seca y negra en el centro; el pulso filiforme con mas de ciento y treinta latidos por minuto; la cara pàlida y profundamente alterada *(sinapismos en diferentes partes de los miembros, cocimiento de serpentaria virginiana con adicion de veinte gotas de amoniaco líquido y una onza de jarabe de cortezas de naranjas amargas; pocion etérea)*. Muerte poco despues de la visita.

ABERTURA DEL CADAVER.

Infiltracion poco considerable en los miembros inferiores, color amarillo muy intenso de toda la superficie cutánea.

Mediana cantidad de serosidad transparente y amarilla en la cavidad del peritóneo.

El lóbulo derecho del hìgado no escedia del borde de las costillas. El izquierdo por el contrario ocupaba un espacio como de dos dedos por debajo y al lado izquierdo del apéndice xifoides, sin estenderse hasta el hipocondrio izquierdo. El tegido del hìgado era pardusco; esteriormente se hallaba sembrado de una multitud de granulaciones que se encontraban tambien en el interior del órgano. Los conductos biliarios tenian su aspecto ordinario, y la vejiga de la hiel estaba llena de una bilis negra y muy espesa.

La superficie interna del estòmago tenia un tinte apizarrado en gran parte de su estension; la mucosa no se hallaba reblandecida, endurecida, ni engrosada. Examinados cuidadosamente el duodeno y el tubo digestivo no ofrecieron nada notable.

En el cráneo se encontrò teñida de amarillo la dura madre; la sustancia cerebral atravesada por pequeñas lìneas amarillas que parecian otros tantos vasos, y en los ventrículos una mediana cantidad de serosidad tambien amarilla.

En el torax la cavidad de las dos pleuras y la del pericardio contenian algunas cucharadas de serosidad del mismo color. Los pulmones estaban sanos, del mismo modo que el corazon, en cuyas cavidades habia sangre negra y líquida. Una sangre igual ocupaba la aorta, cuya superficie interna estaba blanca. En el conducto toràcico existia una pequeña cantidad de líquido amarillo, y los cartílagos costales se hallaban tambien teñidos del mismo color.

El hígado nos ofrece en este caso cuatro especies de alteraciones reunidas: 1.° modificacion de su color: 2.° aumento parcial de volúmen (en el lóbulo izquierdo); 3.° incremento de su densidad y consistencia, y 4.° desarrollo de granulaciones en su periferia y en su interior.

Como síntomas de estas alteraciones hallamos: 1.° un tumor poco considerable, que á causa de su asiento se hubiera podido creer correspondiente al estómago: 2.° una ictericia; y 3.° una hidropesía que empezó por el peritóneo, y se estendió en seguida á los miembros, afectando un curso opuesto al que siguen las hidropesías que dependen de una enfermedad del corazon.

En ningun periodo de la enfermedad hubo dolor.

La ictericia fué el primer accidente que apareció: la produjo una fuerte emocion moral, sin que el enfermo hubiese notado antes ningun desarreglo en su salud. Pero asi como la mayor parte de las ictericias dependientes de semejante causa no tienen por lo regular nada de graves, y se disipan al cabo de algun tiempo mas ó menos largo sin dejar restos temibles, en este caso por el contrario, el acto de teñirse de amarillo la piel, fué en cierto modo la primera señal de una alteracion de la testura íntima del hígado ¿Se dirijiria la primera impresion al duodeno, y se transmitiria luego la irritacion al parenquima hepático? ¿Hubo al principio inflamacion de las vias escretoras de la bilis, y en consecuencia de ella obstáculo al paso de la bilis al duodeno por el entumecimiento de la membrana mucosa? ¿Permanecerian en estado sano tanto este como los conductos hepático y colidoco? ¿No obraria mas bien la emocion moral influyendo directamente en los nervios del hígado, que modificados en su accion alterarian á su vez la secrecion biliar, é impedirian que se hiciera completamente, y de aquí la permanencia de los materiales de la bilis en la sangre y la produccion de la ictericia? Todas estas cuestiones pueden promoverse; pero recuérdese que la abertura del cadáver no reveló en los conductos hepático y colidoco ninguna causa mecánica que pudiera oponerse á la llegada de la bilis al duodeno, y que por otra parte el hígado segregaba todavía cierta cantidad de dicho líquido, pues habia teñido los conductos, y se hallaba tambien en la vejiga, aunque notable por su color negro subido. Asi pues, bajo este punto de vista hay una gran diferencia entre el caso presente y otros antes citados, en los cuales no se hallaba sino un poco de moco en los conductos escretores de la bilis.

El estado de los intestinos es digno de notarse. A pesar de haberse irritado su membrana mucosa con repetidos purgan-

tes se encontró blanca, de modo que tales medicamentos solo determinaron una congestion pasagera. Compárese este caso con aquellos en que á consecuencia de un purgante ó de un emético administrado una sola vez, se determina una flegmasia intensa del tubo digestivo con reaccion simpática de los demas órganos, produccion de síntomas adinámicos, atáxicos, etc., y ensáyese establecer reglas fijas en el uso de los medicamentos. No es menos importante para el médico saber cuán susceptible é irritable es muchas veces la membrana mucosa intestinal, que tener entendido que por otra parte hay casos en los cuales, aun cuando se la ponga en contacto con estimulantes mas ó menos enérgicos, no se consigue inflamarla realmente (pueden meditarse respecto de esto los hechos que hemos citado). Vénse tambien otras observaciones en las que el uso de los purgantes no solo no ha sido dañoso, sino que por el contrario le ha coronado el mejor éxito. ¿Por qué insistimos en estos hechos? Precisamente porque las doctrinas médicas actuales separan de ellos la atencion de los prácticos, y es bueno conocerlos aunque no sea mas que bajo el punto de vista fisiológico.

Hubo ademas en este enfermo una abundante diarrea, que aconteció en los últimos dias de la vida, y que no pudo esplicar ninguna lesion apreciable de la membrana mucosa intestinal.

La alteracion del estómago consistía solo en una simple modificacion de color de la membrana mucosa; y durante la vida no hubo mas signo de afeccion gástrica que la anorexia; pero ya hemos visto (obs. XI) que se puede concebir esta independientemente de un estado morboso del estómago, aun cuando á decir verdad dependa de él en la mayor parte de los casos.

La operacion de la paracentesis fué seguida de un notable decremento de la infiltracion de los miembros inferiores; pero ningun resultado ventajoso se obtuvo de la diminucion de la hidropesía: al contrario, desde este momento se manifestaron los síntomas adinámicos, y cayó el enfermo en un estado de adormecimiento, en medio del cual murió.

XVII.ª OBSERVACION.

Induracion del hígado con desarrollo de granulaciones. Tumor epigástrico. Ascitis. Falta de ictericia. Flegmasia crónica del pulmon y del ileon. Inflamacion aguda del estómago. Edema pulmonar.

Un mozo de cordel, de 54 años de edad, aficionado al vino, hacia muchos años que tenia disposicion á acatarrarse, y aseguraba que desde bastante tiempo antes era corta su respiracion, y algunas veces habia espectorado

sangre. Nunca sintió dolor en el pecho ni en el abdomen. A principios de enero de 1822 percibió que su vientre adquiria un volúmen no acostumbrado; sin embargo continuó cargàndose peso hasta fines de febrero. Entrò en la Caridad en los primeros dias de marzo en el estado siguiente:

El abdomen entumecido presentaba una fluctuacion manifiesta, pudiéndose comprimir sin dolor en el trayecto presunto del colon transverso, donde se percibian una multitud de tumores pequeños y abollados, que parecian depender de la presencia de las materias fecàles endurecidas. Con efecto, llevaba el enfermo un mes de mover el vientre con dificultad, habiendo tenido antes frecuentes diarreas. La abundancia de la coleccion serosa del peritóneo no permitia esplorar convenientemente el estado de las visceras del abdomen. La lengua estaba natural; el enfermo tenia poco apetito, pero no le repugnaban los alimentos; las orinas eran raras, rojas y sedimentosas, el pulso frecuente; el corazon parecia hallarse en su estado fisiológico; habia tos frecuente, y acompañada de espectoracion de materiales mucosos y espesos. La auscultacion revelaba estertor en diferentes puntos del pecho; la cara estaba pàlida y demacrada, del mismo modo que los miembros, en los cuales no habia indicios de infiltracion. No habia apariencia de ictericia.

Se le administró una *pocion purgante, compuesta de dos onzas de aceite de ricino y una de jarabe de espino cervino.* Se presentaron copiosas evacuaciones alvinas sin muchos dolores còlicos. La misma pocion se prescribió en los cinco siguientes dias.

Sin embargo, lejos de disminuir la ascitis bajo la influencia de los hidragogos, se aumentò considerablemente; la lengua se puso roja y seca, y espectoró el enfermo un poco de sangre oscura. Se suprimió la pocion purgante, y se prescribió *la tisana de acebo nitrada, fricciones á los miembros, con una mezcla de la tintura de escila y de la digital, y dos vejigatorios á las piernas.* Cesó la diarrea solicitada por los purgantes, la lengua volvió à su estado natural, pero la ascitis se hacia cada vez mas considerable. El 19 de marzo se practicó la puncion, evacuàndose una materia verdosa y transparente. En el momento de retirar el punzon del trocar no saliò liquido alguno; pero introduciendo en la cànula un estilete obtuso, se percibiò que tropezaba con un cuerpo sòlido, que pareció ser un asa intestinal. Separada esta por medio del estilete, que se mantuvo en la cànula, corrió el liquido, saliendo tambien en mucha cantidad durante la noche al través de la herida.

Al siguiente dia de la puncion percibimos distintamente el borde cortante del hígado en el hipocondrio derecho y en el epigastrio, à dos dedos por debajo del apéndice xifoides. El pulso era débil, pero sin frecuencia; la lengua estaba un poco seca, y se habia movido dos veces el vientre (*tisana de acebo, con adicion de miel escilítica, una taza de vino*).

A los dos dias de la puncion habia adquirido el abdomen casi el mismo volùmen que antes de practicarla. La lengua estaba encendida y pardusca en el centro; el pulso, débil, se habia acelerado, sin elevarse la temperatura de la piel (*la misma prescripcion*).

El 24 delirio ligero por intervalos, pulso filiforme, manos frias y vientre entumecido.

El 25 el abdomen, que estaba el dia anterior mas abultado que nunca, se deprimiò de repente; los ojos medio cubiertos por el pàrpado superior estaban empañados é insensibles à la luz; las pupilas muy dilatadas parecian haber

perdido su facultad contractil. Las megillas estaban encendidas y muy hundidas; la inteligencia parecia del todo anonadada; cuando se pellizcaba un miembro daba el enfermo algunos quejidos; continuamente movia y sacaba de la cama la estremidad derecha. La respiracion era muy irregular, ó bien constaba de muchas inspiraciones muy aproximadas unas à otras, ó bien existia un gran intervalo entre ellas; sin embargo, à pesar de este estado de agonia, las estremidades estaban calientes, el pulso, aunque muy frecuente, regular, y lo que es mas notable, mas fuerte y desarrollado que los dias anteriores.

El enfermo murió durante el dia.

ABERTURA DEL CADAVER.

El abdomen estaba deprimido, y los miembros marasmódicos.

El peritóneo contenia solo una pequeña cantidad de serosidad transparente. No se habia cicatrizado aun la pequeña herida ocasionada con el trocar, y existia en el tegido celular de sus inmediaciones una inyeccion vascular bastante viva.

El hígado sobresalia dos traveses de dedo del borde de las costillas; no se estendia hasta el hipocondrio izquierdo, pero pasaba del apéndice xifoides. Al esterior presentaba una multitud de granulaciones muy pronunciadas, aisladas ó agmìneas, y separadas por un tegido agrisado. Al hacer una incision en el hígado se esperimentaba una gran resistencia, hallàndose considerablemente endurecido. En el interior existian las mismas granulaciones, siendo las mas considerables de un color amarillento, y las mas pequeñas de un blanco ligeramente transparente, y parecidas por su aspecto à granos de cañamones. Muchas de ellas constituian por su aglomeracion masas pequeñas amarillentas y redondeadas, del tamaño de un guisante pròximamente. En la vejiga de la hiel se halló una pequeña cantidad de bilis clara y serosa.

La membrana mucosa del estómago se encontró vivamente inyectada en su porcion esplénica, sin ninguna otra alteracion.

La superficie interna de los intestinos delgados, comprendiendo entre ellos al duodeno, se hallaba generalmente pàlida. En la cuarta parte inferior existia gran número de ùlceras, que en su mayor parte tenian los bordes blancos, y algunas, aunque pocas, de un rojo lívido. El fondo de todas era blanco, y estaba formado por el tegido laminoso muy engrosado. La superficie interna de los intestinos gruesos estaba blanca, y el grosor y consistencia de la membrana mucosa en el estado normal.

El bazo poco voluminoso era blando, y se vaciaba con facilidad tanto por la presion, como lavando una materia que contenia, anàloga à las heces de vino.

El vértice del pulmon derecho se hallaba duro y negro, y se encontraban diseminadas en el interior de los dos pulmones gran número de granulaciones grises, y de una dureza como cartilaginosa. Al rededor de estas aparecia crepitante el parenquima pulmonar; pero cortàndole se veia salir por todas partes una serosidad incolora y espumosa. El corazon estaba lleno de sangre negra y espumosa, ofreciendo por lo demas su estado fisiológico.

El tejido celular sub-aracnóideo de la convexidad de los hemisferios cerebrales se hallaba infiltrado por una gran cantidad de serosidad transparente. La sustancia cerebral era generalmente blanda. Los ventrículos laterales esta-

ban asimismo muy distendidos por serosidad transparente; y en sus paredes se distribuian muchas venas ingurjitadas de sangre negra. Tambien habia mucha serosidad en la base del cráneo.

En la enfermedad que forma el objeto de la observacion que acaba de leerse, se pueden distinguir cuatro periodos. En el primero tan solo existían los síntomas de una doble flegmasia crónica de los pulmones y de los intestinos. En el segundo pudo sospecharse por la aparicion de la ascitis, la presencia de la afeccion del hígado, cuyo principio era imposible designar. La hidropesía llegó á ser muy considerable, sin que ningun otro síntoma revelase la enfermedad del órgano secretor de la bilis: nunca hubo dolor en la region hepática, ni indicios de ictericia. Hé aquí, pues, dos afecciones en todo idénticas en cuanto á la alteracion de testura (Obs. XVI y XVII), que ambas fueron acompañadas de ascitis, y solo una de ictericia. Por lo demas es menos constante la ictericia que la hidropesía en la especie de alteracion del hígado, de que suministran ejemplos estas dos historias. En la última de ellas no existió el derrame de líquido sino en el peritóneo, al paso que en la otra se estendió á los miembros inferiores y al escroto.

En el tercer periodo aparecieron muchos síntomas de gastritis aguda, y como el objeto de esta obra no es defender una medicacion mas bien que otra, sino esponer como simples historiadores los efectos producidos por los diversos métodos terapéuticos, notaremos que los purgantes administrados por muchos dias seguidos, con el objeto de combatir la hidropesía, determinaron una temible irritacion de las vias digestivas, sin disminuir la coleccion serosa, que por el contrario aumentó mientras se administraban los purgantes, y se reprodujo con una notable prontitud despues de la puncion.

Lo que el arte no pudo conseguir lo verificó la naturaleza espontáneamente; pero la reabsorcion del líquido peritoneal pareció ser la señal de la aparicion de nuevos accidentes (cuarto periodo).

Ya hemos llamado la atencion en el curso de esta obra acerca de los síntomas graves que se manifiestan frecuentemente á consecuencia de la repentina y espontánea reabsorcion de una hidropesía, cuando no se establece ninguna evacuacion suppletoria. Aquí tenemos otro ejemplo mas: es factible que existiese alguna relacion entre la repentina desaparicion de la ascitis, y la formacion del edema pulmonar. ¿No hemos visto en otras

observaciones que eran los bronquios invadidos por un flujo seroso al mismo tiempo que se verificaba la reabsorcion de un hidrotorax; que se establecia del mismo modo un flujo intestinal simultáneo con la desaparicion de una ascitis, y que por último seguia con mucha rapidez en otro caso un derrame considerable de serosidad en los ventrículos del cerebro á la reabsorcion de la acumulada en el peritóneo?

El aspecto de las úlceras del ileon nos parece indicar que existían desde la entrada del enfermo en la Caridad, y sin embargo estaba entonces muy estreñido; lo cual consiste, como ya queda probado en otros puntos, en que las úlceras intestinales no van necesariamente acompañadas de diarrea.

XVIII.ª OBSERVACION.

Hígado aumentado de volúmen y lobulado. Ascitis. Gastro-enteritis. puncion practicada doce veces.

Un marino, de edad de 39 años, de cabellos negros y piel morena, que presentaba el conjunto de los caracteres del temperamento bilioso, pasó nueve años en Inglaterra sobre los pontones, donde esperimentó la mayor miseria, y sufrió varias veces calenturas intermitentes. A su vuelta á Francia en 1814 se dedicó á diferentes oficios, faltándole muchas veces lo necesario; sin embargo, disfrutó siempre de bastante buena salud hasta el mes de octubre de 1821. En esta época le invadió una copiosa diarrea, que persistió por dos meses, y cedió finalmente al uso del agua de arroz y la dieta. Apenas se contuvo la diarrea empezó á percibir que su vientre adquiria un volúmen no acostumbrado, sin que por lo demas esperimentase dolor en ningun punto del abdomen, cuyas paredes podia comprimir en todos sentidos sin que resultase ninguna sensacion penosa. Hácia mediados de enero de 1822 entró el enfermo en el hospital de la Piedad, donde en el espacio de cinco semanas próximamente se aplicaron al abdomen *ciento setenta y cuatro sanguijuelas, y muchos vejigatorios transcurrentes.* Usó del vino blanco nitrado, y sin embargo la ascitis fué siempre aumentándose, y volvió á aparecer la diarrea. Desalentado el enfermo abandonó la Piedad, y pasó una quincena de dias en su casa, dirigiéndose en seguida al hospital de la Caridad, en 25 de marzo de 1822.

Entonces estaba muy débil; la cara y los miembros se hallaban considerablemente adelgazados; el color amarillo pagizo del rostro parecia indicar la existencia de alguna lesion orgánica; el vientre muy distendido tenia un enorme volúmen, presentando una fluctuacion evidente; desde que habia adquirido un desarrollo tan considerable se notaban en él algunos ligeros dolores; al través de sus paredes adelgazadas no se percibia tumor alguno; los latidos del corazon parecian hallarse en su estado normal; el pulsó estaba frecuente sin haber aumento de calor en la piel; en cada veinticuatro horas se movia de cinco á seis veces el vientre; la lengua se encontraba seca y un poco encendida, el apetito era casi nulo, la sed poco viva, y la respiracion elevada y corta; pero este fenómeno dependia al parecer de la compresion del diafrag-

ma; la orina estaba encendida y sedimentosa, y la piel constantemente seca.

Era evidente que esta ascitis existia con entera independencia de toda enfermedad del corazon; pero faltaba determinar si seria resultado de una flegmasia del peritóneo, que se hubiera desarrollado lenta y sordamente, si provenia de un estado morboso del hígado, ó finalmente, si era esencial.

Son muy raras las hidropesías ascitis esenciales en el sentido que se dà ordinariamente à esta palabra: era, pues, cuando menos probable que hubiese algo mas que un simple aumento de exhalacion de serosidad, ó de falta de absorcion.

Hay à la verdad ejemplos bien comprobados de peritonitis, desarrolladas sin haberlas anunciado nunca el menor dolor; pero cuando la exhalacion proviene de una flegmasia de la serosa es raro que sea tan abundante: en tal caso se pone el vientre duro y resistente, los intestinos aglutinados entre sí, se delinean mas ò menos al través de las paredes abdominales, y la fluctuacion es con frecuencia bastante oscura, ya en razon de la cantidad ó cualidades del liquido derramado, ya porque depositado en una multitud de celdillas, formadas por membranas falsas, no puede ceder en masa al choque que se le imprime con la mano.

Procediendo de esta suerte por via de esclusion nos inclinamos á considerar al hígado como la causa de la ascitis, aun cuando no habia sido anunciada la enfermedad por ningun síntoma local.

Pero tambien padecian otros órganos: la sequedad de la lengua, la anorexia y la diarrea, que habia aparecido y desaparecido muchas veces manifestaban una irritacion de las vias digestivas. Por otra parte, nada indicaba que, como en otros casos acontece, disminuyese la cantidad de líquido derramado en el peritóneo, à consecuencia de la abundancia de las càmaras: la diarrea, pues, no era ventajosa, y sólo servia para debilitar al enfermo.

¿Qué medicacion debia emplearse? Antes de nada convenia calmar la irritacion de la mucosa gastro intestinal, y apaciguar los dolores abdominales, procurando colocar en pocos dias al enfermo en estado de soportar la operacion de la paracentesis, que se hallaba indicada por la estremada dificultad de respirar, y por la ansiedad general que resultaba de la enorme distension del vientre. En consecuencia de esto se prescribieron del 25 al 30 tisanas demulcentes: *agua de cebada gomada, agua de ternera emulsionada, embrocaciones con aceite de manzanilla, y fomentos emolientes al abdomen, baños templados.* El enfermo tomó por todo alimento tres caldos y tres sopas de fideos al dia. Durante este tiempo se humedeciò la lengua, desapareciendo su rubicundez, se moderó la diarrea, perdió el pulso su frecuencia, y disminuyò la ascitis general.

El 30 se practicò la puncion, y se estrajo un líquido transparente é incoloro, cuya salida se interrumpió muchas veces de repente, haciéndose preciso introducir un estilete en la cànula del trocar para separar las asas intestinales, que obliteraban momentàneamente el orificio del instrumento. El enfermo se sintió momentàneamente aliviado, y por la noche durmió bien. Al siguiente dia por la mañana no se quejaba de ningun dolor en el vientre, y decia que su pecho se hallaba desembarazado de un enorme peso, que se oponia à su dilatacion. Habia orinado con mas abundancia que los dias anteriores, fenòmeno que se observa con mucha frecuencia despues de egecutada la operacion de la paracentesis, y que se ha intentado esplicar suponiendo

que sometidos los riñones á una compresion menor despues de la evacuacion del liquido, ejercen sus funciones con mas libertad.

En vano procuramos comprobar la presencia de algun tumor al través de las paredes abdominales deprimidas, pues nada descubrimos.

Evacuado el liquido era necesario impedir que se reprodugera, para lo cual no convenia solicitar numerosas evacuaciones alvinas por medio de los drasticos, en un sugeto cuyas vias digestivas habian sido poco antes el asiento de una flegmasia. Por el contrario, el aumento que desde el dia anterior habia esperimentado la orina, parecia ser un camino abierto por la naturaleza, que no debia dejarse de seguir. Se prescribió al enfermo *tisana de grama nitrada y endulzada con jarabe de las cinco raices, y cuatro onzas al dia del vino diurético amargo de la Caridad; se le hicieron fricciones en la parte interna de los muslos por la mañana y por la tarde con una mezcla de alcohol alcanforado, de tintura de la digital y de tintura de cantáridas, y se le concedió la cuarta parte de la racion.*

En los siguientes dias continuó saliendo un poco de liquido al través de la herida producida con el trocar. Hasta el 7 de abril fueron las orinas abundantes y transparentes, las funciones digestivas se hallaban en el estado mas satisfactorio, el pulso carecia de frecuencia, y el enfermo recobraba las fuerzas poco á poco.

Pero este alivio fué solo pasajero. El 10 de abril empezaron de nuevo las orinas á ser raras y sedimentosas; se aumentó con rapidez el volúmen del vientre, y el 15 era la coleccion tan considerable como cuando entró el enfermo en el hospital. Se ejecutó una segunda puncion, con la que salió una serosidad tan transparente como en la primera. El 16, 17 y 18 permaneció el abdomen deprimido, pero esta vez no fueron las orinas ni tan abundantes ni tan claras. En vano se añadió á los diuréticos indicados anteriormente la *miel escilítica nitrada, y el cocimiento de acebo*, cuya accion especial sobre los riñones se ha preconizado. Tampoco se manifestó ninguna especie de tendencia al sudor.

En tal impotencia de la naturaleza y del arte ensayó M. Lerminier un medio empleado ya en Francia, y que han encomiado los prácticos ingleses como un especifico contra las afecciones del hígado y la hidropesía que las acompaña, *dispuso friccionar todas las tardes con dos dracmas de ungüento de mercurio terciado en todas las regiones del abdomen, y con especialidad hácia el hipocondrio derecho y la parte interna de los muslos, y administró interiormente al mismo tiempo los calomelanos en forma de píldoras á la dosis de diez granos cada tercer dia.* Este tratamiento se empezó el dia 10 de abril: el 26 se hallaron entumecidas las encías, y el 28 se estableció un ligero tialismo, habiéndose movido el vientre de una á dos veces en cada veinte y cuatro horas. Se suspendió el uso del mercurio, que no habia producido ningun beneficio evidente, puesto que por el contrario volvió el vientre á adquirir un volúmen enorme, y ademas se pusieron las piernas edematosas por primera vez. El enfermo pedia con instancias que se volviese á hacer la puncion, que se practicó el 30 de abril, quince dias despues de la segunda. El tialismo no cesó hasta el 2 de mayo, y á los cuatro ó cinco dias de la tercera operacion volvió el volúmen del vientre á ser tan considerable como antes, persistiendo el edema de las piernas. El 10 de mayo se hizo la cuarta puncion, que fué como las precedentes seguida de un alivio momentáneo (*limonada nitrada, jarabe anti-escorbútico*). Hasta el 27 de mayo hubo lijera rubicundez en la lengua; el

pulso se presentó algo frecuente, y las orinas fueron raras, pero claras.

El dia 27 de mayo enorme distension del vientre: quinta puncion. Al siguiente dia habia llegado la ascitis casi al mismo punto que la víspera antes de la operacion. Diez dias despues, el 6 de junio, la estremada dificultad de respirar exigió una sesta puncion, y el 20 se practicó la sétima. Bajo la influencia de pérdidas tan copiosas, se disminuian cada dia mas las fuerzas del enfermo, siendo evidente su enflaquecimiento. Era sumamente variable el estado de su pulso: de un dia á otro le hallábamos raro ó frecuente, pero siempre débil, lo cual parecia encontrarse en relacion con el estado de la lengua, que alternativamente se presentaba roja ó pálida, seca ó húmeda. Por último, desde el 16 de junio se hizo permanente la rubicundez de la lengua, y se estableció espontáneamente una copiosa diarrea con tenesmo y cámaras sanguinolentas. Se prescribieron de nuevo las tisanas demulcentes, y se usaron lavativas emolientes. Desaparecieron los síntomas de disenteria, pero continuaron siendo frecuentes las evacuaciones alvinas, que aunque serosas y abundantes, no ejercieron ninguna influencia en la coleccion peritoneal, la cual exigió una octava puncion el 30 de junio. Esta vez observamos en medio del líquido un gran número de copos albuminosos, sin embargo de que ningun dolor habia anunciado este producto de la inflamacion de la serosa.

Durante el mes de julio se practicaron otras cuatro punciones en épocas muy inmediatas. El líquido presentó siempre copos en mayor ó menor número. La debilidad progresiva del enfermo parecia contraindicar la evacuacion de la serosidad, pero la hacia indispensable la sofocacion inminente á medida que el vientre se distendia.

En todo este mes, y á principios del siguiente, persistieron los signos de inflamacion del estómago y de los intestinos gruesos, conservándose el pulso frecuente.

La duodécima y última puncion se verificó el 29 de julio.

Del 30 de julio al 9 de agosto solo adquirió una mediana distension el abdomen; pero por otra parte la alteracion profunda de las facciones, una especie de materia pulverulenta que se estendio por las córneas transparentes, y el enfriamiento de la piel, anunciaban el próximo fin del enfermo. El dia 6 se ulceró superficialmente la córnea del ojo izquierdo, y el 11 de agosto se verificó la muerte sin agonía, ni trastorno marcado de las funciones intelectuales.

ABERTURA DEL CADAVER.

(18 *horas despues de la muerte.*)

Cráneo. Infiltracion serosa considerable en el tegido celular sub-aracnóideo; serosidad en los ventrículos laterales; sustancia cerebral sana. En el lado izquierdo de la superficie del cerebro existia una pequeña produccion huesosa, de forma irregular, que tenia enteramente la consistencia de una de las láminas de los huesos del cráneo, y ofrecia la mas completa semejanza con una esquirla desprendida de uno de los mismos. Se adheria á la cara interna de la aracnoides que tapiza en este sitio á la dura madre, por medio de un tegido celular, que solo se desgarraba haciendo alguna fuerza: se hallaba, pues, contenida de un modo evidente en la cavidad de la aracnoides. Tendria como pulgada y media de estension en su mayor diámetro.

Torax. Los pulmones, muy pequeños, no pasaban inferiormente de la quinta costilla, y sin embargo su tegido tenia la misma densidad que cuando pueden dilatarse con libertad. Mas bien parecia que habian sufrido una especie de atrofia.

El corazon, vacío de sangre, era notable por su pequeño volúmen, su palidez y estremada flacidez de sus paredes.

Abdomen. En el momento que se abrieron las paredes abdominales, salió una gran cantidad de serosidad cetrina y transparente. No se halló ningun indicio de copos en la cavidad del peritòneo, y examinada cuidadosamente esta membrana, tampoco ofreció el menor vestigio de flegmasia.

El hígado, notable por su pequeñez, ocupaba una corta porcion del hipocondrio derecho. Su superficie esterior presentaba por todas partes una multitud de abolladuras redondeadas desigualmente. Hecha una incision por medio de un corte dado con limpieza, ofreció una série de lòbulos rojizos y redondeados, circunscritos ora por líneas sinuosas de un gris blanquecino, ora por placas del mismo color. El tamaño de los lòbulos era variable: el area de los mayores apenas llegaba al diámetro de un realito de vellon, y los mas pequeños consistian en simples puntos, à manera de granos. Se separaban con facilidad sin desgarrarse de las especies de celdillas en que se hallaban colocados, y à cuyas paredes parecian adherirse tan solo por medio de un tegido celular flojo. Aislados tenian una forma irregularmente redondeada, y su volúmen variaba desde el de un guisante grueso hasta el de un cañamon. Cortados presentaban un tegido rojizo, que lavado se convertia en gris amarillento, y que era muy análogo al ordinario del hígado. El tegido intermedio, dispuesto en forma de líneas ó placas, parecia ser de naturaleza fibrosa, y estaba atravesado por numerosos vasos, constituyendo las paredes de las cavidades donde se hallaban los lóbulos como engastados (1). Estos formando prominencia al esterior constituian las abolladuras, y daban al hígado el aspecto del riñon de un feto.

La vejiga de la hiel se hallaba llena de una bilis que parecia tener sus cualidades ordinarias. Los vasos que entran y salen del hígado se encontraban en su estado habitual.

El bazo nada tenia de notable.

El estòmago muy contraido presentaba en la mayor parte de su superficie interna un color rojo intenso, que existia en la mucosa; esta por lo demas ni se hallaba reblandecida, ni sensiblemente engrosada. La cubria un depósito de moco verdoso, espeso y puriforme, semejante al que tapiza con frecuencia la membrana mucosa faringea inflamada.

El tercio superior de los intestinos delgados, comprendiendo entre ellos al duodeno, no presentaba mas que una ligera inyeccion, pero en el resto de su estension hasta por encima de la válvula ileo-cecal estaba la mucosa tan roja como en el estómago. Cerca del ciego habia de trecho en trecho erosiones oblongas mas bien que verdaderas úlceras, á las que cubria una materia blanquecina, pultácea y membraniforme.

---

(1) En esta descripcion se reconoce la hipertrofia simultánea de las dos sustancias del hígado.

En la cara inferior de la válvula se cambiaba de repente el color; de un rojo vivo que era en los intestinos delgados, se convertia en un gris apizarrado en el ciego y en las diversas porciones del colon. Este tinte residia en la mucosa, y parecia ser debido especialmente à la inyeccion de una multitud de venas pequeñas. En medio de este color pardusco aparecian por intervalos pequeñas manchas blancas, exactamente redondeadas, de una à dos lineas à lo mas de diámetro, y circunscritas por un circulo de un negro subido: en los sitios donde se encontraban parecia haber sido destruida la membrana mucosa.

Es muy raro que llegue la alteracion de testura del hígado á un grado tan elevado, como el que se observó en la precedente observacion, y que al parecer consistió en una exageracion de las dos sustancias que por su reunion constituyen el parenquima hepático.

Sus síntomas fueron muy oscuros: nunca pudo comprobarse ni dolor ni tumor en la region del hígado: es imposible decir cuando empezó. Los primeros fenómenos morbosos existieron en las vias digestivas (diarrea), y despues se manifestó una ascitis. La membrana mucosa gastro-intestinal y el peritóneo parecieron ser los únicos órganos que sufrieron todo el tiempo que observamos al enfermo. Tan solo la abertura del cadáver demostró la afeccion del hígado, que fué verdaderamente la causa de la ascitis, por el obstáculo que opuso al libre curso de la sangre por la vena porta. Esta lesion constituye una especie de obstruccion del hígado.

Los medicamentos estimulantes empleados profusamente en este sugeto no parecieron ejercer ningun efecto perjudicial: los diferentes diuréticos que se usaron no hicieron mas que irritar de un modo peligroso la membrana mucosa gastro-intestinal, sin aumentar la secrecion urinaria.

Las fricciones mercuriales administradas de modo que produjesen la salivacion, no ejercieron influencia ni en la enfermedad del hígado ni en la ascitis.

Notemos tambien el gran número de punciones que se ejecutaron en un corto espacio de tiempo, y la estremada rapidez con que se reproducia la serosidad. Repetidas veces se hizo mas copiosa la secrecion urinaria despues de la puncion.

Mr. Roger, discípulo interno de los hospitales, nos ha remitido una nota sobre un estado del hígado que ha encontrado en el hospital de Saint-Louis, y que tiene mucha analogía con el que acabamos de describir: hallóse en una soltera de cua-

renta y seis años, que sucumbió á consecuencia de una peritonitis. No habia aumentado el órgano de volúmen, pero sí cambiado de forma: ofrecia la de un ovoide, dividido en un gran número de lóbulos; su color era el mismo que el del estado natural, y su consistencia mayor. Al cortar el tegido rechinaba el instrumento, y los sitios que ofrecian semejante resistencia se hallaban formados por un tegido dispuesto en líneas sinuosas, que tenian la densidad y aspecto perlado de las aponeurosis, y que parecian ser la membrana de Glisson engrosada sobre los vasos que viste. La forma lobulada que tenia el hígado al esterior estaba perfectamente representada en su interior: la membrana de Glisson engrosada describia círculos correspondientes á la periferia de los lóbulos esteriores. El lóbulo de Spigelio estaba dividido de esta suerte en seis lobulillos bien distintos.

§. IV.

Alteracion de nutricion del hígado con diminucion de su volúmen.

(ATROFIA.)

XIX.ª OBSERVACION.

Atrofia del hígado. Apariencia celulo-fibrosa de su tegido. Ascitis. Gastro-enteritis crónica.

Un bruñidor de acero, de 36 años de edad, entró en la Caridad el 27 de enero de 1820. A consecuencia de disgustos domésticos habia abandonado á Versailles donde habitaba, yéndose á vivir á Paris en una calle estrecha y húmeda del cuartel de la Cité. Hasta entonces disfrutára de buena salud, pues solo habia tenido diez y seis años antes una fluxion de pecho, y padecido hemorroides desde su juventud. Poco despues de llegar á Paris perdió el apetito, siendo á veces dolorosa la introduccion de los alimentos en el estómago; de cuando en cuando los vomitaba, y por intervalos tenia diarrea, á la que reemplazaba luego una fuerte constipacion; hasta entonces habia sido grueso, pero enflaqueció con rapidez. A los diez y ocho meses de empezar á manifestarse tales síntomas por parte de las vias digestivas, percibió que al mismo tiempo que enflaquecian cada vez mas la cara y los miembros, el vientre por el contrario aumentaba de volúmen, sin que por otra parte hubiese dolor alguno.

Cuando vimos á este enfermo existia en el abdomen un derrame considerable, que ocasionaba una fluctuacion no dudosa; los miembros inferiores estaban infiltrados (nos aseguró el enfermo que el edema de los miembros habia sobrevenido mucho tiempo despues que el vientre empezase á hincharse); en el abdomen no habia dolor, ni se desarrollaba comprimiendo en pun-

to alguno : la cara estaba pàlida y delgada , y la lengua cubierta de una capa amarillenta y sin rubicundez ; habia frecuentes eructos àcidos ; la ingestion del vino ó de cualquiera alimento sólido en el estómago ocasionaba dolor bastante vivo en el epigastrio , y el apetito era nulo ; manifestaba el enfermo repugnancia invencible sobre todo al pan , y hacia mucho tiempo que se alimentaba esclusivamente de leche , pastelillos y legumbres. Desde un mes antes era continua la diarrea , moviéndose el vientre ocho ó diez veces al dia, y estando formados los escrementos de una materia liquida semejante al agua teñida de amarillo ; el pulso se presentaba ligeramente frecuente , sin que hubiese aumento de calor en la piel ; las orinas eran raras , de un rojo pardusco y cargadas de sedimento. No existia ningun indicio de ictericia , y la coloracion de las evacuaciones alvinas denotaba que la bilis afluia al duodeno.

No podia dejarse de admitir la existencia de una gastro-enteritis crónica, la cual tenia sin duda una grande influencia en el enflaquecimiento progresivo del enfermo. En cuanto à la causa de la hidropesia se ocultaba à la investigacion , pero nos pareció probable que dependiese de una afeccion del hígado.

Durante los dos siguientes meses vimos enflaquecer progresivamente á este sugeto , sin que aumentase ni disminuyese la hidropesia. Cada vez que intentamos combatirla con los medicamentos à que se atribuye una propiedad diurética (*acebo*, *grama*, *nitro*, *preparaciones de la escila y de la digital*), hubo necesidad de suspenderlos , pues el único efecto que producian era aumentar la irritacion gastro-intestinal. Las fricciones con la digital no tuvieron mas eficacia. Se ensayó el mercurio en fricciones sobre el abdomen, y tampoco se obtuvo resultado. Por último , se enrojeció y secò la lengua ; la diarrea , que nunca habia cesado, se hizo mas abundante ; sobrevino un delirio vago ; se postrò el enfermo cada vez mas , y sucumbiò.

ABERTURA DEL CADAVER.

La cara y los miembros toràcicos estaban muy demacrados; los miembros abdominales , el escroto , el pene y las paredes del abdomen infiltrados ; en el peritòneo habia acumulada una gran cantidad de serosidad transparente y un poco verdosa , en medio de la cual flotaban algunas circunvoluciones intestinales , que parecian hallarse lavadas por ella. No habia vestigios de inflamacion actual ó anterior de la membrana serosa.

El hígado era notable por su pequeño volùmen : el lòbulo izquierdo consistia tan solo en una lengüeta agregada al derecho , el cual era mucho menor de lo regular. Esteriormente tenia un color verde agrisado , y al cortarle ofrecia una resistencia insòlita , rechinando verdaderamente en algunos puntos bajo el escalpelo. Apenas se encontrò vestigio de las dos sustancias ordinarias del hígado, habiendo tan solo un tegido blanquecino , de gran densidad, de apariencia célulo-fibrosa , y al parecer poco vascular. En la vejiga de la hiel y en los conductos cístico y hepático , existia cierta cantidad de bilis amarilla poco espesa. Las paredes de la vejiga estaban infiltradas.

El estómago presentaba diferentes alteraciones en sus dos porciones : hàcia el fondo (porcion esplénica) estaba muy inyectada la membrana mucosa (aspecto punteado), pero no engrosada ni reblandecida. En la porcion pilórica tenia la misma membrana un tinte pardusco , era rugosa y desigual , estaba considerablemente engrosada , y ofrecia resistencia à desgarrarse ; el tegido lamino-

so subyacente é inmediato al píloro estaba mas denso y grueso que de costumbre. La superficie interna del duodeno ofrecia un tinte pardusco parecido al del estómago. Tanto en la quinta parte inferior del ileon, como en el ciego y el còlon ascendente, existian numerosas úlceras, cuya antigüedad se hallaba probada por el engrosamiento y color pardo del tegido celular que constituia su fondo. En sus intersticios estaba muy inyectada la membrana mucosa. Desde el còlon transverso hasta el recto habia la misma inyeccion sin úlcera alguna. El bazo era pequeño y denso. El corazon estaba vacio de sangre, flàcido y descolorido. En la base del cràneo y en los ventrículos cerebrales existia una notable cantidad de serosidad.

Vemos aquí una grave alteracion del hígado, cuya formacion no se anunció por ningun síntoma característico. ¿Dónde empezó el mal? ¿Precedió ó siguió á la inflamacion gastro-intestinal? ¿Tuvieron alguna influencia en su desarrollo los disgustos esperimentados por el enfermo? ¿La atrofia del hígado, el cambio de su parenquima ordinario en tegido como celulo-fibroso, y en fin las alteraciones de la nutricion reconocieron por causa un actó inflàmatorio? ¿No serian mas bien el resultado de una accion enteramente opuesta? ¿No puede establecerse alguna analogía entre este hígado disminuido de volúmen, y cuyo parenquima tendia á cambiarse en una trama celular y fibrosa, y los órganos que se atrofian, dejando únicamente en su lugar tegido celular ó cordones fibrosos (Timo, arterias, venas, etc.)?

Atrofiado, endurecido, y alterado en su testura no permitia verdaderamente un libre paso á la sangre de la vena porta, de donde se originó la produccion de la ascitis, y mas adelante la del edema de los miembros abdominales.

Sin embargo alterado como se hallaba y privado de una parte de los vasos que parecian obliterados, segregaba todavía bilis, y nunca existió ictericia. En la siguiente historia veremos una alteracion del hígado enteramente semejante, pero acompañada de coloracion ictérica. Asi que cuanto mas adelantemos, mas se multiplicarán las pruebas de que la produccion de la ictericia depende de condiciones agenas de la naturaleza de la alteracion del hígado.

La rubicundez y sequedad de la lengua que sobrevinieron en los últimos dias, el aumento del flujo intestinal, y la postracion que acompañó á estos síntomas dependieron sin duda de una exasperacion de la antigua flegmasia de las vias digestivas; y la rubicundez sin reblandecimiento de la porcion esplénica del estómago era probablemente la lesion cor-

gánica que correspondía á semejante exasperacion. Es posible que en muchos casos puedan establecerse congestiones de esta naturaleza en el estómago, sin que se presenten síntomas graves; pero habiéndose verificado en un sugeto muy debilitado, fué inmediatamente mortal. Tan cierto es en general que la gravedad de los síntomas no depende tanto de la intensidad de las lesiones, como de la disposicion en que se hallan los individuos al tiempo de su invasion.

XX.ª OBSERVACION.

Atrofia del hígado con apariencia celulo-fibrosa de su tegido. Hidropesía. Ictericia. Estado sano del tubo digestivo. Erisipela gangrenosa de un miembro.

Un corredor de caballos, de 52 años de edad, tenia al entrar en la Caridad una ascitis é infiltracion considerable de los miembros inferiores, presentando ademas un color verde amarillento en las conjuntivas y en toda la superficie cutanea. Nos dijo hallarse hidrópico é ictérico hacia muchos años. Ya llevaba algun tiempo perdiendo fuerzas y gordura, sin que disminuyese el apetito, cuando percibió que su vientre aumentaba de volúmen, empezando casi simultàneamente á ponerse ictérico. Nos aseguró que nunca habia sentido dolor ni peso en la region del hígado. Palpando el abdomen tampoco se producia dolor en ningun punto, ni se reconocia tumor alguno; la lengua presentaba su aspecto natural, el apetito se habia conservado; la introduccion de los alimentos en el estòmago no ocasionaba desazon local ni general; las càmaras eran raras, pero teñidas como en los sugetos que disfrutan de buena salud; el pulso carecia de frecuencia, y el enfermo estaba lleno de alegria y de esperanzas.

Pocos dias despues de su entrada en el hospital, se practicó la puncion; pero fuè necesario repetirla otras dos veces en las tres semanas inmediatas á causa de la admirable rapidez con que se reproducia el liquido peritoneal. *Las fricciones con la tintura de la digital y el vino escilítico, y la tisana de grama nitrada* no aumentaron la secrecion urinaria. El enfermo se debilitaba cada vez mas, y ya habia disminuido su apetito, cuando á consecuencia de incisiones egecutadas en los dos miembros abdominales que se hallaban considerablemente edematosos, se presentó en la piel de la pierna derecha una rubicundez livida que al tercer dia se convirtiò en gangrena, determinàndose al mismo tiempo una rápida postracion. La muerte acaeció à los seis dias de la invasion de la erisipela.

ABERTURA DEL CADAVER.

El estado del hígado y sus dependencias era tan semejante al descrito en la observacion décima-nona, que para evitar repeticiones, nos referimos à su descripcion. El bazo tenia el tamaño y consistencia ordinarios.

Examinado con el mayor cuidado el tubo digestivo no presentó ninguna lesion apreciable.

En el peritóneo se halló una gran cantidad de serosidad transparente sin vestigios de peritonitis.

En los demas órganos no existia nada notable.

Esta observacion, en la que encontramos una alteracion del hígado exactamente parecida á la descrita en la décimanona, y que como ella nos ofrece falta completa de dolor por parte del hígado, y produccion de la hidropesía, difiere: 1.° por la existencia de la ictericia que sobrevino, aun cuando durante la vida parecia fluir la bilis con libertad al duodeno, como lo demostraba la naturaleza de las cámaras: 2.° por la ausencia de todo síntoma de gastro-enteritis actual ó anterior, y por el estado sano en que se halló despues de la muerte el tubo digestivo.

La debilidad gradual del enfermo pareció ser el doble resultado de la afeccion del hígado y de la pérdida de serosidad que esperimentó por haberse reproducido con mucha rapidez la ascitis, despues de cada una de las tres punciones que se practicaron sucesivamente en un corto espacio de tiempo. Produjeron pues en realidad dichas punciones un efecto dañoso, pues sin ellas se hubiera separado menos serosidad de la sangre. Tambien vemos que los diuréticos carecieron en este caso de eficacia: es de inferir que podrán tener mas influencia cuando se trate de reemplazar una secrecion activa con otra; pero en este enfermo era necesario remover el obstáculo mecánico, que oponiéndose á que la sangre venosa atravesase con libertad por el hígado, obligaba á la parte mas ténue de la misma á escaparse al través de los capilares venosos.

La muerte fué evidentemente resultado de la erisipela gangrenosa, que se apoderó de la piel de una de las piernas, á consecuencia de las escarificaciones, y ciertamente que la terminacion en gangrena de semejante erisipela no se atribuirá á un esceso de inflamacion.

XXI.ª OBSERVACION.

Estado granuloso del hígado con aumento de su densidad y disminucion de su volumen. Hidropesía. Ausencia de ictericia y de dolor. Inflamacion gastro-intestinal.

Un hombre de 67 años, relojero antiguo, que toda su vida habia abusado de los licores espirituosos, vió en 1814 entregada su casa al pillage y des-

truida su fortuna. Reducido en los años siguientes à un estado próximo al de la mendicidad tuvo el disgusto de perder à muchos de sus hijos; sin embargo conservó su salud en buen estado hasta mediados de mayo de 1821. Entonces notò que tenia edematosa la circunferencia de los maleolos, y este edema continuó aumentándose hasta el mes de junio, época en que sintiéndose muy debilitado, dejò de salir à la calle. La hidropesia se estendió poco à poco à los muslos y al abdomen; la respiracion se conservó bastante libre, y nunca existieron dolores abdominales. A fines de octubre era enorme la distension del vientre, y se practicò la puncion.

El 19 de diciembre de 1821 entró este sugeto en la Caridad, y ofreciò el siguiente estado.

Demacracion de la cara y de los miembros; fluctuacion muy evidente del abdomen que se hallaba entumecido é indolente; considerable hinchazon de los miembros abdominales; la piel de la pierna derecha que aparecia de un rojo lívido, presentaba numerosas grietas por las que salia espontàneamente una gran cantidad de serosidad. La respiracion, que hasta entonces se habia conservado libre, era dificil (resultado probable de la compresion del diafragma por la serosidad peritoneal). Tos ligera; la percusion y la auscultacion no revelaban en los òrganos toràcicos mas lesion apreciable que el estertor bronquial húmedo en distintos puntos, y con especialidad en la parte izquierda y posterior. El pulso, muy pequeño y frecuente, presentaba mucha irregularidad con respecto à la fuerza y à la reproduccion de los latidos; la lengua húmeda y roja; la sed mediana; bastante apetito; las càmaras ordinarias, y las orinas raras, pero transparentes: *(tisana de grama nitrada, seis píldoras de calomelanos y de jabon, compuestas cada una de tres granos de esta sustancia y uño de aquella).*

El 22 se practicò la puncion segunda vez, y salió un cubo de serosidad transparente. A pesar de la depresion de las paredes abdominales no pudo reconocerse tumor alguno en el hipocondrio derecho ni en otro punto (A la prescripcion de los dias anteriores se añadieron *cuatro onzas de vino escilitico compuesto y dos tazas de vino comun).*

Del 22 al 25 dijo el enfermo hallarse bien, pero en la mañana de este último dia sobrevino un notable cambio respecto al estado de las vias digestivas: al apetito que hasta entonces se habia conservado, reemplazò una absoluta repugnancia à todos los alimentos, la lengua se puso seca y parda, se presentaron muchas càmaras liquidas, y se aumentó singularmente la frecuencia del pulso *(ciento treinta y tres latidos por minuto).* Se continuó con el uso de los mismos medicamentos.

El 26 alteracion de las facciones, postracion considerable, aumento de la sequedad y color pardo de la lengua, pujos muy penosos, càmaras viscosas y sanguinolentas, pulso apenas sensible y de una notable irregularidad, orina encendida y turbia y reaparicion de la ascitis *(lavativas de malvas y cabezas de adormideras, diez sanguijuelas al ano, tisana de cebada gomada para bebida.)*

Del 26 al 30 no hubo ningun cambio notable. En este dia presentaba el vientre un volúmen tan considerable como antes de la puncion, la cual se practicó por tercera vez. El enfermo se sintió momentàneamente aliviado, pero en la mañana siguiente era la postracion mayor que nunca; la cara estaba muy adelgazada, y el enfermo presagiaba su próximo fin: durante el dia hubo con-

tínuos vómitos, y se presentò en el ano un dolor quemante. Por tres dias se moviò una sola vez el vientre cada veinte y cuatro horas; en seguida volviò à aparecer la diarrea; el pulso se puso cada vez mas débil; persistieron los vómitos, y se estinguió la vida del enfermo sin el menor trastorno en las funciones intelectuales.

ABERTURA DEL CADAVER.

Marasmo de la cara y de los miembros superiores; infiltracion considerable de los músculos y de las piernas; ascitis.

El hígado muy pequeño ocupaba solo una corta porcion del hipocondrio derecho, y era de color pardusco. Al esterior parecia como contraido, arrugado y comprimido sobre sì mismo. Al cortarle ofrecia un tegido muy denso; en vez de constar de la sustancia roja ordinaria separada en areolas por numerosas líneas ò circunvoluciones blancas, parecia compuesto únicamente de un infinito número de granulaciones, de un verde pardusco, del tamaño de un grano de mijo, y comprimidas unas con otras, saliendo poca sangre por la incision. La vejiga de la hiel contenia una corta cantidad de bilis decolorada, que parecia constar tan solo de agua, albúmina y un poco de materia colorante amarilla. En los conductos hepático, cistico y colidoco nada habia de notable.

La superficie interna del estòmago, distendido por liquidos, presentaba una rubicundez casi uniforme desde el cardias hasta las inmediaciones del piloro; rubicundez que residia en la membrana mucosa, la cual aunque un poco engrosada habia conservado su consistencia ordinaria. Los intestinos delgados contrastaban por su blancura con el encendimiento del estòmago; tan solo en la estension de un piè por encima del ciego, habia en su cara interna pequeños cuerpos redondeados y rojizos, que eran al parecer criptas mucosas inflamadas. La membrana mucosa del ciego y del colon ascendente tenia un color negruzco, y estaba engrosada de un modo manifiesto. El colon transverso se hallò blanco, y el resto de los intestinos gruesos hasta su estremidad anal con una rubicundez de color de heces de vino, la que residia enteramente en la membrana mucosa, cuyo grueso era cuando menos triple del natural, y que aparecia tambien de mayor consistencia, y estaba cubierta y como barnizada por una materia de un gris rojizo, semi-sólida, como pulposa, y bastante parecida á las lavaduras de la carne

Torax. Se encontró una gran cantidad de sangre negra y liquida en las cuatro cavidades del corazon, *que por lo demas estaba sano*; tampoco habia alteracion apreciable en los vasos gruesos que nacen de este órgano, ò terminan en él. Habia rubicundez general en los bronquios; y del parenquima pulmonar salia por la incision una serosidad espumosa y sin color.

Cráneo. Considerable infiltracion serosa en el tegido celular sub-aracnòideo de la convexidad de los hemisferios. La sustancia cerebral era notable por su blandura. (La abertura del cadáver se hizo solo diez y siete horas despues de la muerte.) Se hubiera dicho que estaba tambien como infiltrada de liquido.

De enmedio de la cara interna del cuerpo estriado del lado derecho se elevaba un cuerpo pequeño blanquecino, friable, del tamaño de un guisante ordinario, y engastado una ò dos líneas en la sustancia gris del cuerpo estriado, que estaba completamente sana à su alrededor.

Esta observacion suministra un notable ejemplo de la alteracion particular del hígado, que puede designarse con el nombre de estado granuloso, el cual fué ya descrito por Morgagni en muchas historias de hidrópicos, y nos parece no ha llamado suficientemente la atencion de los observadores modernos. En el presente caso el estado granuloso habia adquirido su máximum de desarrollo, si podemos espresarnos así: todo el parenquima hepático se habia convertido verdaderamente en granulaciones aglomeradas y agrupadas unas al lado de otras: sin embargo, ninguna de ellas era visible al esterior del órgano. Al mismo tiempo habia disminuido este de volúmen, y parecia atrofiado, pero con un género de atrofia que ya hemos procurado esplicar (Capítulo primero), y que no afectaba en realidad mas que á uno solo de los elementos anatómicos del hígado, al paso que uno ó muchos de los demas aparecian hipertrofiados, de lo que resultaba la aparicion de las inumerables granulaciones.

Si al presente dirijimos nuestra atencion á las causas que al parecer ejercieron alguna influencia en esta notable alteracion del hígado, hallaremos el abuso de los licores espirituosos, y los profundos pesares que sobrevinieron en una época en que separado el sistema nervioso de su estado normal á causa de las pasiones, tendió sobre todo á modificar el aparato digestivo y sus anejos en su organizacion, funciones y propiedades vitales. Por otra parte nada nos prueba que en este caso fuese la afeccion del hígado precedida de otra aguda ó crónica del tubo digestivo. La invasion de la enfermedad hepática fué muy oscura: no se anunció por ningun dolor, ninguna tumefaccion, ni indicio alguno de ictericia; tan solo disminuyeron las fuerzas, y desapareció la gordura: únicamente pasado cierto tiempo, despues que los referidos fenómenos denotaron hallarse afectado algun órgano importante de la economía, se presentaron indicios de hidropesía, teniendo esta un curso distinto del que se observa por lo regular en las enfermedades del hígado. ¿Habiendo empezado por la parte inferior de los miembros abdominales, y estendídose progresivamente de abajo arriba, primero á las piernas, despues á los muslos, presentándose por último, y consecutivamente en el peritóneo, no se hubiera podido decir que dependia de una afeccion orgánica del corazon? Un fenómeno nuevo contribuyó tambien, si podemos espresarnos así, á aumentar el error acerca del verdadero asiento de la enfermedad: la grande irregularidad del pulso; y sin embargo el corazon se halló exento de toda alteracion orgánica, residiendo en el hígado la causa de la hidropesía. No cesaremos

de repetir que en medicina las reglas mas generales tienen casi siempre escepciones.

En la época de la entrada del enfermo en la Caridad no parecia que hubiesen sufrido notables cambios las funciones digestivas; mas adelante se presentaron los síntomas de la irritacion gastro-intestinal, y como en la mayor parte de los casos en que sobreviene esta última en un periodo adelantado de las enfermedades de larga duracion, dió rápidamente lugar al conjunto de síntomas, que constituyen una de las variedades de la calentura llamada adinámiça. En este enfermo hubo síntomas disentéricos bien pronunciados, y la abertura del cadáver reveló la existencia de una alteracion inflamatoria muy grave de la terminacion del colon y del recto.

Notaremos de paso, aun cuando sea una circunstancia estraña á nuestro objeto, el pequeño tubérculo implantado en el cuerpo estriado, y cuya existencia no pudo sospecharse por ningun signo durante la vida.

ARTICULO III.

OBSERVACIONES RELATIVAS A LAS PRODUCCIONES ACCIDENTALES DESARROLLADAS EN EL HIGADO.

Designamos con este nombre á toda materia sólida ó líquida formada accidentalmente en medio del parenquima del hígado: tales son la materia crasa, el pus, los tubérculos, la sustancia cancerosa, los kistes serosos y los hidatides.

Entre estos diversos productos, unos aparecen por lo regular á consecuencia de una accion inflamatoria evidente; otros no la necesitan en todos los casos de un modo tan manifiesto, y por último en otros nada hay que pruebe que tal accion haya existido nunca.

Referiremos sucesivamente cierto número de observaciones propias para dar á conocer los síntomas mas ó menos característicos á que dan lugar muchas de estas producciones.

Hablaremos primero de los abscesos del hígado, acerca de los cuales acaba tambien de publicar Louis muchas observaciones llenas de interés, y cuyos principales resultados están de acuerdo con los que deduciremos de las historias que citaremos en seguida. Los once casos que vamos á referir, agrega-

dos á los cinco espuestos por Louis, y á otro, que ya antes hemos consignado en este mismo volúmen, pueden servir para trazar una historia casi completa de los abscesos del hígado, afeccion bastante rara en términos que á veces no se presentan ocasiones de observarla á muchos médicos jóvenes, que siguen por varios años la clínica de los hospitales.

§. I.

Observaciones acerca de los abscesos del hígado.

XII.ª OBSERVACION.

Ictericia febril. Tumefaccion dolorosa en el hipocondrio derecho. Focos purulentos diseminados en el hígado con rubicundez y reblandecimiento del tegido á su alrededor. Estado sano de todos los demas órganos.

Una cardadora de lana, de 29 años de edad, sintió siete dias antes de su entrada en el hospital desazon general, dolores contusivos, y en seguida calos-frios, que duraron cosa de dos horas, y fueron seguidos de un fuerte calor que continuò. Durante los dos primeros dias no se agregò á este estado general, ó que lo parecia, ningun sintoma de padecimiento particular de un òrgano. Al tercer dia esperimentó la enferma en la parte inferior del pecho un dolor, que persistió el cuarto y el quinto y se estendiò al hipocondrio derecho. Al sesto empezó la enferma á ponerse ictérica, y al sétimo presentò el estado siguiente:

Tinte amarillento en las conjuntivas y la cara, menos pronunciado en la piel del resto del cuerpo; dolores vagos en los miembros, y fijos al nivel de las últimas costillas derechas y por debajo de las mismas; el hipocondrio derecho estaba tirante y dolorido á la presion, y se creyó reconocer en él un tumor mal circunscrito en la estension de dos á tres pulgadas por debajo del borde de las costillas; la lengua se hallaba blanquecina y sin rubicundez; la sed era nula, del mismo modo que el apetito; el epigastrio se encontraba blando é indolente; las càmaras eran raras y formadas de materiales amarillentos, bien trabados; las orinas escasas y naranjadas; el pulso frecuente y duro, la piel quemante y seca. Costaba mucho trabajo à la enferma cambiar de posicion, siendo muy penosos sus movimientos; estaba entorpecida su inteligencia, y se quejaba de mucha debilidad.

El entumecimiento doloroso del hipocondrio derecho, la ictericia y la calentura concomitante nos parecieron anunciar la existencia de una hepatitis aguda, no hallando nada que probase haber al mismo tiempo afeccion de las vias digestivas (*veinte y cuatro sanguijuelas al ano, tisana de cebada con miel, dieta*).

En el octavo y noveno dia se aumentaron de un modo notable el estupor y la postracion, que eran ya muy marcados cuando entrò la enferma. Los ojos estaban empañados y sin espresion; la boca permanecia entreabierta; las respuestas eran lentas, penosas y à veces inexactas; la paciente sacaba la lengua, y se olvidaba de que la tenia entre los labios. Toda la superficie cutànea estaba muy amarilla; el pulso, siempre frecuente, conservaba su dureza,

y persistian el dolor y tumefaccion del hipocondrio derecho, sin que se presentára ningun nuevo síntoma por parte de las vias digestivas. (*Vejigatorios á las piernas*).

El décimo dia el mismo estado.

El undécimo y el duodécimo se observaron todos los síntomas de la calentura llamada atáxica. Permanecia adormecida la enferma, y cuando se intentaba sacarla de su estado comatoso, pronunciaba tartamudeando algunas palabras incoherentes. Las dos pupilas estaban muy dilatadas é inmóviles; no habia seguridad de que se conservase la facultad de ver. Si se pellizcaban los miembros, los retiraba la paciente con bastante prontitud. La piel se conservó siempre caliente y seca, y muy amarilla; el pulso muy frecuente é irregular con relacion á su fuerza. La lengua, que se percibia en el fondo de la boca, pareció hallarse seca, sin rubicundez (esta sequedad pudo depender de que permanecia continuamente abierta la boca). (*Quince sanguijuelas detrás de cada oreja, otros dos vejigatorios á los muslos, tisana de cebada*).

El décimo-tercio dia los mismos síntomas, y ademas considerable timpanitis del abdomen, constipacion y salida involuntaria de la orina. (*Lavativas con la adicion de media dracma de sulfato de quinina*).

El décimo-cuarto dia coma cada vez mas considerable; principio de estertor traqueal; pulso pequeño, muy irregular y frecuente. Murió en la noche del décimo-cuarto al décimo-quinto dia.

ABERTURA DEL CADAVER.

Tinte amarillo muy intenso de toda la superficie cutánea, gordura bastante considerable y formas bien conservadas. Tocando el hipocondrio derecho se circunscribia el borde cortante del hígado á dos dedos por debajo del borde de las costillas. El abdomen estaba considerablemente timpanizado.

Levantando las paredes abdominales se halló que el hígado escedia algunas pulgadas del borde de las costillas, pero sin estenderse al hipocondrio izquierdo. Al esterior era de un rojo vivo, y sobre tres puntos de su superficie convexa se percibian manchas de un blanco amarillento. Haciendo una incision en cada una de estas manchas, se penetró en un pequeño foco purulento del tamaño de una avellana. En la misma sustancia del hígado habia diseminadas otras siete ú ocho colecciones purulentas, siendo de advertir que en las mayores podria colocarse una avellana como en las tres precedentes, y las menores parecian hallarse en cierto modo constituidas tan solo por una gotita de pus. Las paredes de las cavidades, donde se halló el pus, no estaban tapizadas sino por una capa membraniforme delgada y no organizada, que era únicamente al parecer la parte mas concreta del mismo. El parenquima hepático tenia en toda su estension un rojo vivo, y se encontraba reblandecido de un modo manifiesto. Por la incision salia mucha sangre.

Ni en la vejiga de la hiel, ni en los conductos hepático, cístico y colidoco habia nada de notable. El orificio duodenal del último se hallaba en su estado natural.

El bazo era del volúmen ordinario y blando.

Los intestinos gruesos y un gran número de circunvoluciones de los delgados se encontraron distendidos por muchos gases. Examinado el tubo digestivo interiormente desde el cardias hasta el ano no presentó ninguna lesion

apreciable: en todos los puntos estaba la membrana mucosa blanca y del grueso y consistencia ordinarios, y los vasos poco numerosos, que ofrecia la superficie interna de los intestinos, se distribuian por el tejido celular sub-yacente.

Los demas organos abdominales no presentaron nada notable.

En el torax se halló el corazon lleno de cuajarones fibrosos muy consistentes, y despojados en gran parte de la materia colorante; los pulmones ingurgitados, pero sanos, del mismo modo que la traquea arteria y la laringe. Se observaron algunas concreciones pétreas en las glándulas bronquiales, circunstancia bastante rara en un individuo, que no llegaba aun á treinta años.

En el cráneo habia una inyeccion bastante viva del tejido celular sub-aracnóideo, y la sustancia cortical estaba sonrosada; sin existir ningun punto rojo en la blanca. En cada uno de los ventrículos laterales apenas habria una cucharada de serosidad transparente. Se examinaron por separado todas las partes del encéfalo, y en ninguna se halló lesion, como tampoco en la médula espinal ni en sus cubiertas.

Este es el único caso de absceso del hígado, que hemos tenido ocasion de observar sin que se hallase complicado con lesion de otros órganos. La hepatitis duró quince dias á lo mas; de consiguiente siguió un curso agudo, y el pus no se reunió en un solo y estenso foco, sino en muchos abscesos pequeños, situados unos en la superficie y otros en el interior. Louis ha visto una disposicion semejante, pero en los casos observados por él habia una membrana falsa, mucho mas desarrollada que la que hallamos en este. En el presente, como en los citados por Louis, estaba el parenquima rojo y reblandecido no solo al rededor de cada absceso, sino en toda la estension del órgano. Por otra parte el pus no tenia el color de heces de vino, que se dice pertenecer á la supuracion del hígado: era blanco, verdoso y cremoso, como el de buena calidad, que suministra el tejido celular inflamado.

Al principio de la enfermedad no hubo mas que el estado general, que existe al empezar la mayor parte de las afecciones agudas; en seguida se delinearon los síntomas de hepatitis, anunciando su existencia cuatro fenómenos principales: el dolor en el lado derecho del torax, la tumefaccion del hipocondrio, la ictericia y la calentura. Aislado cada uno de estos signos, y aun la misma ictericia hubiera sido de poco valor, pero su reunion daba mucha certidumbre al diagnóstico. Por lo demas la naturaleza de las cámaras y el exámen del cadáver contribuyeron á demostrar que la ictericia no era dependiente de

un obstáculo al curso de la bilis, y que esta afluia con libertad al duodeno. El dolor precedió á la aparicion de la ictericia.

Los síntomas referidos no hubieran producido por sí solos la muerte en tan corto espacio de tiempo; mas la afeccion del hígado reaccionó en el cerebro, y la irritacion enteramente simpática de este produjo los mas graves accidentes: entonces se observó el conjunto de síntomas que caracterizan la calentura llamada atáxica, verificándose la muerte á causa del trastorno del cerebro.

La abertura del cadáver manifestó un estado completamente sano del tubo digestivo. De modo que en el presente caso la calentura atáxica tuvo su orígen exclusivamente en el hígado, y ademas la afeccion de este fue independiente de toda enfermedad en las vias digestivas. Pudiera decirse á la verdad que al principio hubo gastro-enteritis, que de ella dependió el estado general de los primeros dias, y que dirigiéndose la inflamacion al hígado, abandonó los intestinos; pero en último resultado esto solo seria una hipótesis.

Notemos al terminar estas reflexiones que el considerable meteorismo que se observó durante los últimos dias de la existencia de este sugeto, fue independiente de todo estado inflamatorio de las porciones de los intestinos donde residia.

XXIII.ª OBSERVACION.

Pleuro-neumonia aguda. Supuracion del hígado; ictericia. Falta de inflamacion gastro-intestinal (1).

Un aguador de 58 años de edad habia llegado al octavo dia de una pleuroneumonia bien caracterizada cuando entró en la Caridad: calofrios al principio, en seguida calentura continua, dolor en toda la parte lateral inferior derecha del torax, gran disnea, sonido macizo en toda la estension de las paredes torácicas correspondientes poco mas ó menos al lóbulo inferior del pulmon derecho, y esputos herrumbrosos, viscosos y adherentes al vaso. Ademas hacia cuatro dias que estaban teñidas de amarillo las conjuntivas y toda la piel. Cuando vimos al enfermo *le habian ya sangrado dos veces, y aun se le volvió á sangrar al dia siguiente de su entrada, y se le aplicaron treinta sanguijuelas al lado enfermo.*

Sin embargo no se aliviaron los síntomas de la pulmonía, y al poco tiem-

---

(1) Rogamos al lector que compare esta observacion con otra antes citada en este volúmen, en la que coincidieron los síntomas de una calentura llamada *esencial* con una afeccion del hígado, sin que hubiese al mismo tiempo gastro-enteritis.

po se notò que el lòbulo superior del pulmon afecto se inflamaba tambien: el sonido se hizo macizo por debajo de la clavícula, y se percibieron en el mismo sitio el estertor crepitante, en seguida la respiracion bronquial, y despues la broncofonia. Los esputos perdieron su viscosidad, y adquirieron un aspecto semejante al agua teñida de rojo pardusco, ò al jugo de ciruelas; la disnea se aumentó cada vez mas, y la ictericia era mas pronunciada; por otra parte la lengua presentaba constantemente su aspecto natural, no habia vòmitos ni nàuseas; reconociendo el abdomen en todos sus puntos se hallaba blando é indolente, y las càmaras eran naturales.

El enfermo murió à consecuencia de los progresos siempre crecientes de la disnea. *Del décimo-sesto al décimo sétimo dia se le sangró aun dos veces, y se aplicaron sucesivamente muchos vejigatorios, tanto al pecho como á los miembros inferiores.*

ABERTURA DEL CADAVER.

La totalidad del pulmon derecho estaba impermeable al aire; los lòbulos inferior y medio se hallaban infiltrados de pus (hepatizacion gris); el lòbulo superior tenia una hepatizacion roja (1). Las pleuras costal y pulmonar del lado derecho se encontraban unidas inferiormente por medio de falsas membranas blandas y de reciente formacion.

Se empezò la disseccion del hígado por la de las vias escretores de la bilis: los conductos hepàtico, cistico y colidoco, del mismo modo que la vejiga de la hiel se hallaron esentos de toda lesion apreciable. El hígado tenia su tamaño ordinario, y su color esterior nada ofrecia de insòlito; pero hàcia el centro del lòbulo derecho existian dos cavidades, en una de las cuales cabria una nuez, y en la otra una avellana; ambas à dos contenian un pus de color amarillo de bilis, inodoro y bastante espeso; sus paredes estaban tapizadas por una falsa membrana de apariencia mucosa, y el parenquima situado al rededor de uno y otro absceso estaba mas rojo y tenia una friabilidad mayor que el del resto del hígado.

El bazo era bastante pequeño y de la consistencia ordinaria. La superficie interna del estòmago estaba blanca, esceptuando una parte del fondo donde atravesaban algunas venas por el tegido celular sub-mucoso; la membrana vellosa tenia en todos los sitios el grueso y consistencia del estado fisiológico. La superficie interna del duodeno tambien se hallaba blanca, y en el resto del tubo digestivo no se encontró mas que una inyeccion vascular sub-mucosa bastante pronunciada en ciertos sitios.

En el tegido celular interpuesto entre la columna vertebral y la pared posterior de la faringe habia infiltrada cierta cantidad de pus.

---

(1) En el tomo I de la *Clínica* y en nuestro *Precis d' Anatomie pathologique* se hallarà una descripcion mas estensa de estos estados.

En esta observacion no fué simple la hepatitis como en el individuo de la vigésima-segunda; su existencia coincidió con la de una pleuro-neumonia, resultando mayor oscuridad en el diagnóstico. Con efecto como existia la inflamacion del pulmon en el lado derecho, el dolor producido por la flegmasia del hígado se confundia con el del pulmon y de la pleura. Por otra parte el órgano encargado de la secrecion de la bilis no aumentaba de volúmen, ni el hipocondrio derecho estaba tenso, entumecido ni doloroso. No habia pues mas signo que la ictericia, y ya hemos visto en muchas de las observaciones antes citadas, que puede existir en sugetos cuyo hígado se halle despues de la muerte con las condiciones del estado normal. Por otra parte es imposible designar la época en que empezó la hepatitis, pues podia existir antes que la ictericia. En este enfermo, lo mismo que en el que fué objeto de la historia vigésima-segunda, no hallamos indicios de gastritis, duodenitis ni enteritis. Si se quiere investigar la causa de la hepatitis, puede suponerse que la irritacion del pulmon se propagó al hígado por contigüidad de tegidos. En uno de los volúmenes anteriores hemos citado el caso de una pleuresia diafragmática que tambien se complicó con ictericia; pero siempre se necesita admitir una disposicion especial del indivíduo, pues repetidas veces se encuentran todas las variedades de pulmonías y pleuresias sin que sobrevenga hepatitis.

En este caso era mas circunscrita la inflamacion del hígado que en la vigésima-segunda observacion, anunciándola por lo demas los mismos caractéres anatómicos: rubicundez del tegido del hígado, reblandecimiento y presencia de pus. Las paredes de cada uno de los abscesos se hallaban cubiertas por una falsa membrana mas organizada que en el caso anterior.

XXIV.ª OBSERVACION.

Absceso del hígado con rubicundez y reblandecimiento de su tegido. Gastro-enteritis y peritonitis aguda. Ictericia. Entumecimiento doloroso del hipocondrio derecho.

Un guantero de cerca de 48 años nos contó de esta suerte el principio y curso de su enfermedad: nueve dias antes de entrar en la Caridad tuvo una fuerte indigestion sin causa conocida, percibiendo en seguida que se ponia ictérico: desde entonces sintió una gran desazon, calentura continua, sed viva, ardor en el hipocondrio derecho, que se estendia á la parte lateral derecha del torax, y diarrea. Cuando se sometió á nuestro exámen ofreció el siguiente estado:

Color amarillo muy pronunciado de las conjuntivas y de toda la piel, decaimiento físico y moral, tension dolorosa del hipocondrio derecho, en el

cual se percibia un tumor manifiesto en la estension de algunas pulgadas por debajo del borde cartilaginoso de las costillas. La lengua tenia mucha rubicundez en la punta y en los bordes, y estaba cubierta en el centro de una capa blanquecina salpicada de rojo; la sed era viva, y el apetito nulo; se necesitaba comprimir con fuerza en el epigastrio para producir algun dolor; el resto del vientre, esceptuando el hipocondrio derecho, estaba blando é indolente; las cámaras eran frecuentes, parecidas al agua teñida de amarillo, é iban precedidas de cólicos; el pulso se hallaba frecuenle y desarrollado; la piel ardorosa y seca; la orina era bastante copiosa y de un color rojo anaranjado, y el enfermo se quejaba de una comezon muy incómoda.

Se le consideró como afectado de una inflamacion gastro-intestinal que se estendia al hígado *(veinte sanguijuelas al ano, fomentos emolientes al hipocondrio derecho, tisana de cebada gomada, dieta.)*

Al siguiente dia era menos intenso el movimiento febril, las facciones mas naturales, y las fuerzas mas desarrolladas; se habia movido el vientre menos número de veces, y la ictericia se conservaba en el mismo estado. Durante el dia recibió el enfermo varios alimentos de fuera del hospital, y bebió vino azucarado; este esceso hizo desaparecer la mejoria que habia seguido de un modo manifiesto al uso del método antiflogístico: la diarrea se presentó con mas abundancia que antes, se secó y hendió la lengua, creció la postracion, y los dolores del torax y del hipocondrio derecho aumentaron de intensidad. Cuando orinaba el enfermo sentia una picazon muy molesta en el conducto de la uretra. Durante los cuatro ó cinco dias siguientes pareció que adquiria mas intensidad la inflamacion gastro-intestinal, la lengua se puso mas encendida y seca, los labios sanguinolentos y hendidos, se timpanizó el vientre, las evacuaciones alvinas fueron involuntarias, el pulso muy frecuente y poco desarrollado, y el calor de la piel acre. *Dos aplicaciones de quince sanguijuelas al ano* no produjeron mejoría alguna.

El aumento progresivo de la gravedad de los síntomas hacia ya por sí solo muy peligroso el pronóstico, cuando aparecieron de repente nuevos fenómenos morbosos: el abdomen que hasta entonces habia permanecido indolente, escepto en el hipocondrio derecho, se hizo de repente asiento de dolores muy vivos, que se exasperaban con el menor contacto. Se presentaron náuseas y vómitos, y al mismo tiempo se alteraron profundamente las facciones, y el pulso apareció muy frecuente, pequeño y concentrado.

Combatidos inútilmente estos nuevos síntomas por la *aplicacion de treinta sanguijuelas al abdomen, y vejigatorios á las estremidades inferiores* persistieron otros tres dias. El enfermo se debilitó cada vez mas, y murió del décimo-octavo al vigésimo dia, contando desde la indigestion que dió principio á la enfermedad. La ictericia se conservó muy intensa hasta la muerte.

ABERTURA DEL CADAVER.

Color amarillo de toda la superficie del cuerpo.

En el peritóneo existia derramada una serosidad turbia, en la que nadaban muchos copos albuminosos, hallándose muchos de ellos estendidos en forma de membranas falsas sobre las diversas porciones de la serosa.

El estómago estaba contraido; en su interior se halló en la gran corvadura una rubicundez en forma de cinta, que se estendia desde el cardias hasta

las inmediaciones del piloro. Hàcia la pequeña corvadura y el fondo habia estensas placas rojas formadas por los vasos capilares inyectados de un modo admirable. Do quiera que se encontraba esta rubicundez se hallaba reblandecida la membrana mucosa, siendo imposible levantarla en colgajos.

El duodeno presentò la superficie intersa blanca sin modificacion aparente en la testura de la membrana mucosa. Lo mismo acontecia con el yeyuno é ileon hasta cosa de tres pies por encima del ciego. En este espacio existia una inyeccion viva de la membrana mucosa, y un poco mas arriba del ciego se hallaron cinco ò seis úlceras pequeñas y redondeadas, que tendrian el tamaño de un real de vellon, y estaban aisladas unas de otras. Ademas se observó un entumecimiento bien pronunciado, y una rubicundez livida de tres ó cuatro placas de Peyero. Las dos caras de la vàlvula ileo-cecal estaban enrojecidas, y lo mismo acontecia con el ciego y el principio del colon. En los intestinos gruesos existian materiales muy líquidos y teñidos de amarillo.

El hígado mas voluminoso que de costumbre descendia en el hipocondrio derecho, por debajo de las costillas, y estaba como tapizado al esterior por una cubierta de concreciones albuminosas, blandas, semilíquidas, y estendidas en forma de falsas membranas. Debajo de estas ofrecia un color rojo muy intenso, y el dedo penetraba con estrema facilidad en su parenquima reblandecido. En el lado derecho del ligamento suspensorio habia una mancha blanca de la estension de media peseta, que ofrecia al tacto una fluctuacion oscura. Penetrando lijeramente con la punta del escalpelo se llegó à una pequeña cavidad llena de pus. Otras tres semejantes se hallaron diseminadas en el interior del lòbulo derecho, y dos en el izquierdo. De estos cinco abscesos profundos, cuatro eran poco considerables, pues apenas cabia en ellos un garbanzo, y en el otro, mucho mas estenso, podia colocarse una manzana. En el último existian bridas celulares que atravesaban la cavidad, como si este absceso mas considerable que los otros hubiese resultado de varios mas pequeños. Sentimos no haber notado si la superficie de las paredes de las referidas cavidades estaba ó no cubierta por una membrana.

El bazo era mayor que habitualmente, siendo tambien notable por su estremada blandura; lavàndole y comprimiéndole entre los dedos se le despojaba con facilidad de la materia de color de heces de vino que ocupaba sus celdillas, y se le reducia à un tejido filamentoso.

En el parenquima de los dos pulmones existian esparcidas algunas granulaciones agrisadas y duras, hallàndose el vértice del derecho duro y ennegrecido. En uno de los puntos de la superficie esterna del corazon se encontró una mancha blanca, que era próximamente del tamaño de un duro, y parecia haberse desarrollado entre la misma sustancia del corazon, y la làmina serosa que la cubre.

En el cràneo hallamos bastante cantidad de serosidad transparente derramada en los ventrículos y en el tejido celular sub-aracnoideo de la convexidad de los hemisferios. En el espesor de uno de los plexos coroideos se encontró un tubérculo amarillo y friable del tamaño de un guisante pequeño.

Esta observacion se parece á las precedentes en cuanto á los síntomas locales que revelaron la existencia de una hepa-

titis aguda, y que no repetimos por no ser difusos. Difiere por la complicacion de una gastro-enteritis, que pareció ser el orijen de la flegmasia hepática; pues en efecto el principio de la enfermedad fué una indigestion. Esta gastro-enteritis dió lugar á síntomas que no se observaron en los casos precedentes, por carecer de semejante complicacion. No debemos por otra parte olvidar que los indicios de inflamacion se hallaron únicamente en el estómago, en la terminacion de los intestinos delgados y al principio de los gruesos, al paso que no se comprobó ningun cambio morboso en el duodeno; ademas nada nos prueba que hubiese duodenitis durante la vida: véase, pues, un caso en que la inflamacion del hígado estaba enlazada con una flegmasia del tubo digestivo, que no correspondia precisamente al duodeno. Louis ha observado un hecho semejante. En el que nos ocupa, del mismo modo que en muchos de los precedentes, y como lo ha comprobado tambien el sabio observador que acabamos de citar, hubo ictericia aun cuando la bilis afluyese al duodeno durante la vida.

No insistimos en la última inflamacion que sobrevino, y que causó la muerte, porque en otro libro de este mismo volúmen hablamos con estension de la peritonitis.

XXV.ª OBSERVACION.

Absceso del hígado con rubicundez y reblandecimiento de su tejido. Tumor doloroso en el hipocondrio derecho, que sobrevino durante el curso de una gastro enteritis crónica. Falta de ictericia.

Un cavador, de 39 años de edad, hacia tres, poco mas ó menos, que esperimentaba todos los síntomas de una gastro-enteritis crónica. Al principio tuvo frecuentes desarreglos en el apetito, que disminuia y aun desaparecia de cuando en cuando; en seguida se presentó anorexia completa y continua; peso en el epigastrio, desarrollándose á veces á consecuencia de la introduccion de cualquiera especie de alimento en el estómago un verdadero dolor por debajo del apéndice xifoides y hácia el hipocondrio izquierdo; eructos frecuentes y algunos vómitos; alternativas de constipacion y diarrea; cámaras generalmente serosas y algunas veces sanguinolentas. El enfermo perdió poco á poco la gordura y las fuerzas, presentándose solo durante algunos meses una tos pequeña y seca. Cuando entró en la Caridad se hallaba ya en un estado muy adelantado de enflaquecimiento y debilidad, teniendo entonces el abdomen blando é indolente en todos los puntos (*agua de arroz gomada, cocimiento blanco de Sydenham, lavativas de almidon, con la adicion de algunas gotas de láudano de Rousseau, y un vaso de cocimiento de cateçu*). Durante los quince primeros dias de la permanencia del enfermo en el hospital nada nuevo ofreció: la tenacidad de la tos nos indujo á auscultarle, y encontramos en todos los sitios el ruido natural de la espansion pulmonar, que solo era notable por su gran intensidad; la percusion suministraba tambien en todos los pun-

tos un sonido claro. El pulso era por lo general un poco frecuente, sin que estuviese elevada la temperatura de la piel. Habiendo sido inútiles todos los medios empleados contra la diarrea, se ensayaron los tònicos astringentes (*cocimiento de simaruba, y píldoras preparadas con el estracto de ratania y la sangre de drago*). Pocos dias despues de la administracion de estos nuevos medicamentos se puso dolorido el abdomen, que hasta entonces habia permanecido indolente; se desarrollò un verdadero movimiento febril, y las càmaras se tiñeron de sangre. Se volviò al uso *del agua de goma, la tisana de arroz y el cocimiento blanco de Sydenham.* No tardaron las càmaras en ser puramente serosas, perdiò la piel el calor, y desaparecieron los dolores abdominales. Pero muy luego se presentaron otros accidentes: despues de un calos frio bastante intenso se estableciò un dolor, mas notable por su estension que por su agudeza, en la parte inferior derecha del torax, acompañado de calentura continua con grandes recargos todas las tardes. Al principio se creyò que el dolor y la calentura correspondian à una pleuresia, y para combatirla se aplicaron *veinte sanguijuelas al punto dolorido, que se cubriò en seguida con un estenso vejigatorio.* A los ocho dias de existir estos fenòmenos sin aumentarse la tos habitual, ni presentarse disnea, se nos quejò el enfermo de que el dolor se estendia al hipocondrio derecho; y palpando esta region, la hallamos en efecto dolorida al tacto, y ademas tensa y entumecida. Entonces nos preguntamos à nosotros mismos si habria hepatitis, y si el dolor toràcico, la calentura y la ansiedad del enfermo dependerian mas bien de la inflamacion del hìgado que de la del pulmon ò de la pleura. Sin embargo, no habia la menor apariencia de ictericia, y por otra parte ningun signo anunciaba una exasperacion de la afeccion crònica de las vias digestivas: la lengua era notable por su palidez, y las càmaras conservaban el mismo carácter. *Se aplicaron sanguijuelas al hipocondrio*, pero no disminuyeron su tension ni su dolor. Durante los nueve siguientes dias se delineò en este sitio un verdadero tumor, que ocupaba algunos dedos por debajo de las costillas. El enfermo se debilitò rápidamente, se hizo muy copiosa la diarrea, y sobrevino la muerte al poco tiempo.

ABERTURA DEL CADAVER.

Palpando en el cadàver el hipocondrio derecho, creimos reconocer una fluctuacion oscura donde existia el tumor; è introduciendo en este un bisturi antes de abrir las paredes abdominales, saliò una gran cantidad de pus. Pronto nos convencimos de que el tumor pertenecia al hìgado, que aumentado de volúmen descendia mas de tres dedos por debajo de las costillas: el bisturi penetrò en una cavidad formada en el mismo tegido hepàtico, en la cual cabia una naranja, y existia un pus cremoso de buena calidad. Este absceso pertenecia de un modo evidente al parenquima del hìgado, pues sus paredes se hallaban formadas en todos los puntos por el tegido del referido òrgano, y tapizadas por una capa blanquecina y membraniforme, que no parecia de modo alguno organizada. Hàcia delante en toda la estension de la parte del hìgado que constituia el tumor, se hallaba unido à las paredes abdominales por medio de adherencias peritoneales blandas, que todavia no se habian organizado en tegido celular, y parecian ser de reciente formacion. En el resto del abdomen no se halló ningun otro vestigio de peritonitis. No existia en el hìgado mas coleccion purulenta que la descrita; pero su tejido se hallaba reblandeci-

do en todos los puntos, y era notablemente blando, desgarràndose por la traccion mas ligera, y reduciéndose à papilla por la menor presion.

Los conductos biliarios y la vejiga de la hiel se hallaron exentos de toda alteracion apreciable.

No se observó el estado del bazo.

La membrana mucosa del estómago estaba verdaderamente licuada y transformada en una pulpa rogiza en toda la estension del fondo. En su porcion pilórica aparecia engrosada; y era de un gris apizarrado, de superficie desigual y mamelonada, segun la espresion designada por Louis.

El duodeno y la parte superior de los intestinos delgados estaban sanos. En la parte inferior del ileon y en el ciego habia muchas ùlceras de forma irregular, y cuyo fondo se hallaba formado por el tegido celular engrosado, y los bordes por la mucosa, blanca en unas, roja, lívida, morena ò negra en las demas.

En el lóbulo superior de cada uno de los pulmones se encontró cierto número de tubérculos en estado de crudeza, habiendo conservado el parenquima pulmonar que habia entre ellos el estado sano.

En este caso coincidió tambien la existencia de una hepatitis con la de una gastro-enteritis; pero esta fué crónica, y solo despues de haber durado muchos años empezó á irritarse el hígado. Tal vez tuvieron alguna influencia en el desarrollo de la afeccion del último órgano los medicamentos estimulantes con que se ensayó combatir la diarrea; por lo menos poco tiempo despues de administrar el cocimiento de simaruba, las píldoras de estracto de ratania y la sangre de drago, se presentó el dolor hácia la region del hígado, y se entumeció el hipocondrio derecho. Tales fueron los únicos signos con que se anunció la hepatitis: nunca hubo ictericia, ni aun se tiñeron las orinas; de suerte que antes de la aparicion del tumor en el hipocondrio se hubieran podido referir á una inflamacion intercurrente de la pleura el dolor del lado derecho del torax, acompañado de un intenso movimiento febril. Es cierto que no habia disnea; pero esta no existe en toda pleuresia. ¿Por qué no se observó ictericia en este caso, y sí en los precedentes, hallándose en todos las mismas lesiones? Imposible nos parece contestar satisfactoriamente.

Tambien en la presente historia hemos visto al hígado rojo y reblandecido, y al mismo tiempo escavado por una cavidad llena de pus. Tal cavidad estaba situada superficialmente, habiéndose desarrollado una inflamacion adhesiva entre el punto de la superficie esterior del órgano que estaba encima de la es-

cavacion y las paredes abdominales: en semejantes circunstancias hubieran podido inflamarse á su vez las últimas, y en virtud de la tendencia del pus, tendencia comun á todos los cuerpos estraños, de dirigirse al esterior, podría haberse fraguado salida al través de las paredes del abdomen.

La situacion superficial del absceso dió lugar en el punto que ocupaba á una fluctuacion oscura, que solo se reconoció en el cadáver, y que comprobada durante la vida hubiera podido conducirnos á diagnosticar un absceso en el hígado. Sin embargo, aun hubiéramos tenido que discutir si la fluctuacion resultaba de un tumor formado en el parenquima hepático, ó si era debida ya á un saco de hidatides desarrollado en el mismo órgano, aunque entonces el tumor no se hubiera formado con tanta rapidez, ya á la vejiga de la hiel distendida por un líquido cualquiera, si bien en tal caso se hubiera debido reconocer su forma y podido circunscribir, ó ya por último á un absceso enquistado del peritóneo.

Fijaremos tambien la atencion del lector: 1.° en los desórdenes que se hallaron en el tubo digestivo de un sugeto que presentaba hacia tres años los signos de una gastro-enteritis crónica; 2.° en el estado sano del duodeno, á pesar de la grave afeccion que residia en el hígado; 3.° en la falta completa de dolores abdominales, aun cuando habia numerosas úlceras en muchos puntos de los intestinos (por lo demas este es el caso mas comun cuando se forman las úlceras crónicamente, y aunque sucedan á una inflamacion aguda); 4.° en los malos efectos producidos por los tónicos astringentes, que desarrollaron la calentura, despertaron los dolores abdominales, y dieron lugar á las cámaras sanguinolentas; 5.° en la marcada diferencia que existia respecto á la naturaleza de las lesiones entre la porcion esplénica del estómago y su porcion pilórica; y 6.° en los tubérculos de los pulmones, cuya presencia era imposible comprobar. Bajo este punto de vista es el presente un caso semejante á otros, de que hemos citado ejemplos en esta obra, y en los cuales siguiendo la tisis pulmonar un curso inverso del que se observa por lo comun, se desarrolló consecutivamente á lo que pudiera llamarse tisis intestinal. Por otra parte es digno de notarse que á pesar de la larga duracion de la flegmasia intestinal no se formaron tubérculos ni en las túnicas de los intestinos, ni en los ganglios mesentéricos correspondientes, sin embargo de haber en este sugeto disposicion á su desarrallo, como lo prueba el contenerlos los pulmones.

XXVI.ª OBSERVACION.

Numerosos abscesos en el hígado con rubicundez y reblandecimiento del parenquima tan solo á su alrededor. Falta de ictericia, de dolor y de tumor. Inflamacion aguda del pulmon izquierdo y del estomago.

Una mujer de edad media disfrutaba de buena salud, cuando fué acometida de un dolor de costado por debajo de la mama izquierda, y pronto aparecieron todos los signos de una pleuro-neumonia aguda. Nosotros la vimos cinco dias despues de la invasion del dolor de costado: la respiracion era entonces muy difícil, la fisonomía espresaba la mas viva ansiedad, las megillas estaban muy encendidas, sin que hubiese alrededor de su rubicundez la menor apariencia de ictericia. Los esputos eran herrumbrosos, viscosos y reunidos en una masa transparente, que se adheria con mucha fuerza al vaso, y no se desprendia aunque se volviese hácia abajo. Se prestaba con tanta dificultad al exámen esta mujer, que solo se la percutió y auscultó imperfectamente (lo cual es poco importante para el objeto que nos ocupa en la actualidad, pues no referimos esta historia con relacion á la pulmonia). Tenia calentura intensa, y ademas algunos signos de complicacion gástrica, tales como lengua roja, lisa, un poco seca, sed viva, algunos vómitos desde el principio de la enfermedad, y dolor en el epigastrio producido por una presion bastante lijera. El resto del abdomen y en particular el hipocondrio derecho estaba blando é indolente. Nunca habia existido incomodidad alguna en el lado derecho del torax.

En los seis dias siguientes *se prescribieron grandes sangrías, se aplicaron vejigatorios á las estremidades inferiores, y se dieron simples bebidas emolientes.* La enfermedad no dejó de agravarse, se hizo cada vez mas considerable la disnea, perdieron los esputos su viscosidad, tomando el aspecto de zumo de ciruelas, se secó y hendió la lengua, y murió la enferma al décimo-tercio dia, contando desde la invasion del dolor del costado. Hasta el último momento no se percibió ningun indicio de ictericia, ni se desarrolló ningun dolor en la region del hígado.

ABERTURA DEL CADAVER.

Cráneo.-El tegido celular sub-aracnoideo se halló infiltrado de serosidad en cantidad suficiente para elevar muchas líneas á la aracnoides. Era el líquido completamente transparente, encontrándose tambien derramado en los ventrículos. En la misma sustancia del encéfalo no habia nada notable.

Torax.-El lóbulo inferior del pulmon izquierdo ofreció una mezcla de hepatizacion roja y gris. Las pleuras pulmonar y costal del mismo lado estaban unidas por medio de adherencias blandas. Habia un poco de pus infiltrado entre las láminas del mediastino anterior detrás del esternon.

Abdomen.-El hígado tenia su tamaño ordinario, y al esterior parecia sano. Ejecutados muchos cortes continuó ofreciendo interiormente un estado normal; pero en uno de ellos se descubrió un foco purulento, que tan solo ocupaba un espacio capaz de contener una judía, y estaba rodeado en la estension de algunas líneas por un tegido rojo y reblandecido. Prosiguiendo nuestras investigacio-

nes descubrimos otros nueve abscesos diseminados en el interior del hígado, en uno de los cuales tan solo cabria una nuez gruesa, teniendo los demas el volúmen de una alubia, una avellana ó un guisante. El pus que contenian era blanco verdoso y parecido al de los flemones. Sus paredes estaban tapizadas por una falsa membrana blanda, no organizada y semejante al pus solidificado. Al rededor de cada uno de ellos, y en la estension de dos á tres pulgadas, estaba el parenquima hepático reblandecido, y era de un color rojo mucho mas intenso que en los otros puntos mas distantes. En los conductos biliarios y en la vejiga de la hiel no se halló nada notable.

La membrana mucosa del estómago apareció salpicada de un rojo vivo á lo largo de la pequeña corvadura y en el fondo. En la misma estension estaba reblandecida, no pudiendo levantarse en colgajos. En el resto del tubo digestivo no se halló mas que una ligera inyeccion vascular por intervalos.

Uno de los ovarios se encontró reemplazado por un saco seroso, en el que cabia una manzana. En el esterior del útero, y ademas de su tegido propio, habia un cuerpo fibroso del tamaño de una nuez, que comprimia un poco á la matriz y al peritóneo.

En este caso no encontramos ningun signo que siquiera pudiese hacer sospechar la enfermedad del hígado: no hubo el menor indicio de ictericia, ni se observó tumor en el hipocondrio derecho, ni dolor en ningun punto de la region hepática. Las alteraciones halladas en el hígado, semejantes por su naturaleza á las descritas en las precedentes observaciones, difieren por su tamaño y disposicion. Los abscesos eran pequeños, pero multiplicados, y solo en las inmediaciones de cada uno de ellos presentaba el tegido del hígado indicios de inflamacion (rubicundez y reblandecimiento). Asi pues en este individuo habia diez flegmasias parciales diseminadas en el hígado, que reunidas mentalmente no dejaban de constituir una inflamacion bastante notable por su estension. Sin embargo puede admitirse razonablemente que la falta de ictericia dependia de haberse conservado sana una parte del parenquima hepático.

Nada nos indica si la afeccion del hígado fue aguda ó crónica, si existió mucho tiempo antes de la doble flegmasia del pulmon y del estómago, ó si sobrevino al mismo tiempo. En la primera hipótesis seria preciso admitir que pueden inflamarse y convertirse en focos purulentos muchos puntos del parenquima hepático, sinque se altere de modo alguno la salud, lo cual no es apenas probable, aunque tampoco imposible. Por otra parte el

aspecto de la membrana que tapizaba cada uno de los abscesos no parecia indicar que fuesen antiguos. Nos inclinamos pues á creer que la hepatitis se produjo al mismo tiempo que la gastritis y la pleuro-neumonia, y si esto es exacto, el caso que acabamos de citar suministra un ejemplo de inflamacion del hígado, terminada por supuracion del duodécimo al décimo-tercio dia de su orígen; mas insistiremos en repetir que deben conservarse muchas dudas legítimas acerca de la época en que empezó á formarse el pus.

XXVII.ª OBSERVACION (1).

Flegmasias parciales del hígado, con absceso en el centro de una de ellas. Induracion roja de los puntos inflamados. Ningun signo característico de la afeccion hepática. Escirro del estómago.

Un hombre de 40 años de edad llevó mucho tiempo esperimentando los diversos síntomas de una afeccion crónica del estómago: padeció vómitos frecuentes y repetidas hematemesis; entre el apéndice xifoides y el ombligo presentaba un tumor muy duro, dolorido, y que gozaba de cierta movilidad. Nunca tuvo ictericia ni dolor en el hipocondrio ni en el lado derecho del torax, acerca de lo cual debemos insistir con especialidad.

ABERTURA DEL CADAVER.

El hígado voluminoso escedia dos dedos del borde de las costillas, y se estendia hasta el hipocondrio izquierdo. Su tegido estaba sembrado de gran número de masas pequeñas, rojas y duras, que parecian ser el resultado de otras tantas flegmasias parciales. Las mayores tendrian el tamaño de una manzana; las medianas, que eran las mas numerosas, el de una nuez, y las menores el de una avellana. Si estas masas inflamadas hubieran sido blancas en vez de rojas, se hubieran podido confundir con ciertos tubérculos escirrosos del higagado, á los cuales se parecian ademas por otro carácter, á saber, la menor dureza del tegido sano circunyacente, que se desgarraba ejerciendo una lijera traccion en el hígado, al paso que los tumores permanecian intactos. Por consiguiente, se los aislaba con facilidad y en masa del tegido que los rodeaba, y en el que se hubiera podido decir que solo estaban engastados, lo cual era una apariencia falsa. En el centro de uno de estos núcleos de flegmasia hallamos un absceso del tamaño de una avellana: el pus era blanco amarillento y bastante espeso, y la cavidad que le contenia solo estaba tapizada por una capa albuminosa inorgánica. En el resto del hígado no habia indicio de inflamacion.

---

(1) Esta observacion, que citamos tan solo con respecto á la lesion que habia sufrido el hígado, fué recogida en la poblacion. Cuidaron al enfermo el doctor Double y mi padre, asistiendo nosotros tan solo á la abertura del cadáver.

Nada notable existía en los conductos escretores de la bilis. La contenida en la vejiga ofrecia su aspecto habitual.

Las paredes del estómago se hallaban considerablemente engrosadas en su porcion pilórica, resultando un tumor voluminoso, que formaba una eminencia en el interior del ventrículo, y obliteraba casi completamente su cavidad. Con mucho trabajo podia el dedo pequeño franquear el orificio pilórico. Este tumor estaba formado por un tejido blanco nacarado, que rechinaba bajo el escalpelo, y que en algunos puntos tenia la dureza de un cartílago: se habia desarrollado con especialidad en el tejido celular sub-yacente à la mucosa, y en el espesor de la túnica carnosa. La mucosa estaba intacta por encima del tumor, pero á la izquierda, y à lo largo de la gran corvadura habia una úlcera del tamaño de medio duro. En la circunferencia de la úlcera estaba la membrana roja y blanda, y constituia su fondo la túnica muscular tan reblandecida que una ligera traccion bastaba para desgarrarla.

Esta observacion, como la precedente, nos ofrece un ejemplo de flegmasias parciales del hígado, terminadas por supuracion; pero en vez de estar reblandecidas las partes rojas, se hallaron por el contrario mas duras que el resto del tejido del hígado. Los solos caracteres anatómicos nos dieron certidumbre de que las inflamaciones parciales eran crónicas, pues nunca resulta de la flegmasia aguda la induracion de un tejido. Por lo demas lo mismo que en la vigésima quinta observacion no encontramos ningun signo por medio del cual pudiera reconocerse la afeccion del hígado durante la vida.

¿Si este sugeto hubiera vivido mas tiempo se hubieran convertido las masas rogizas diseminadas en el hígado en escirrosas, encefaloideas, tuberculosas, etc? Cuestion es esta que cuando menos puede proponerse, pues merece algun exámen, y tal vez la aclararán los hechos, que citaremos mas adelante.

XXVIII.ª OBSERVACION.

Golpe en la region hepática. Absceso estenso del hígado. Estado sano del parenquima al rededor de la coleccion purulenta. Tumor y dolor en el hipocondrio derecho. Falta de ictericia.

Una costurera, de 18 años de edad, recibió dos años antes de entrar en el hospital un violento golpe en el hipocondrio derecho. Desde entonces perdió la salud: enflaqueció y sintió habitualmente un dolor sordo en el punto donde habia llevado el golpe. Aseguraba que nunca habia tenido ictericia. Tan solo tres semanas antes de entrar en la Caridad habia percibido un tumor en el referido sitio.

Cuando se sometió à nuestra observacion estaba pàlida y delgada, sus facciones contraidas espresaban el padecimiento, y la única posicion posible era

el decúbito dorsal un poco inclinado à la izquierda. Se quejaba de un dolor habitual en el lado derecho del abdomen, y por el tacto se reconocia que el hipocondrio derecho y una parte del epigastrio estaban ocupados por un tumor voluminoso, que presentaba una superficie igual, y que por su situacion, forma y relaciones parecia ser únicamente el hígado aumentado de volúmen. La presion aumentaba el dolor, que habitualmente residia en el tumor. No habia ictericia, ni indicios de hidropesía. El pulso era un poco frecuente, sin haber aumento de calor en la piel; la lengua estaba algo encendida; el apetito era casi nulo, y las cámaras como de costumbre.

Se consideró à esta mujer atacada de una hepatitis crónica, á consecuencia de la violencia esterior que habia sufrido dos años antes en el hipocondrio derecho. *Dos aplicaciones de sanguijuelas* que se hicieron sobre esta region, parece que disminuyeron algo la sensibilidad.

A los pocos dias de la entrada de la enferma en el hospital, se entumeció y enrogeció la cara, haciéndose asiento de una erisipela que la invadió toda, y se estendió á la frente y à la piel del cráneo. Desde el principio acompañó à la erisipela una fuerte cefalalgia y una calentura intensa; despues sobrevino delirio; se secó la lengua; cayó la enferma en un estado de postracion cada vez mayor, y no tardó en morir, estando la erisipela todavía en su mayor intensidad.

ABERTURA DEL CADAVER.

Enflaquecimiento considerable de los miembros y del tronco: el color de la piel era natural; se conservaban la tumefaccion y rubicundez de la cara, y en el tejido celular sub-cutáneo del mismo sitio y del cráneo habia infiltracion sero purulenta.

En la pia madre, que cubre la convexidad de los hemisferios cerebrales, se notaba una inyeccion viva; la sustancia cortical de las circunvoluciones estaba sonrosada; en la sustancia blanca habia numerosos puntos rojos, poca serosidad en los ventrículos y en la base del cráneo, y una notable rubicundez en las membranas del cerebelo.

En los órganos torácicos no habia nada notable.

El hígado pasaba muchos dedos del borde de las costillas: su gran lóbulo ofrecia al esterior una fluctuacion evidente, estaba transformado casi en su totalidad en dos vastos sacos que no se comunicaban entre sí, y aparecian llenos de un pus amarillento, espeso, y de un olor nauseabundo. Tapizaba las paredes de estas dos cavidades una membrana de muchas líneas de grueso, formada por una especie de tejido reticulado y muy resistente. Ni al rededor de los abscesos ni en el resto del órgano habia sufrido el parenquima del hígado ninguna alteracion apreciable. Parecia, pues, que en el lóbulo derecho habia sido reabsorvida una parte del tejido hepático.

El bazo era de pequeño volúmen y de gran densidad.

El estómago presentaba en el fondo rubicundez y reblandecimiento.

En esta observacion podemos designar con precision la época del principio de la enfermedad: sucedió á la violencia es-

terior que obró en el hipocondrio. La hepatitis siguió un curso esencialmente crónico: poco á poco se desorganizó el hígado, y se transformó casi la totalidad de su lóbulo derecho en dos vastos abscesos. Debe notarse tambien la solidez, el grueso y la testura como fibrosa de la membrana, que tapizaba las paredes de cada absceso. En los casos precedentes en que la hepatitis era por el contrario aguda, solo cubria á las paredes una especie de pus concreto. Nunca se presentó ictericia en esta mujer; pero desde la época de la violencia esterior hasta la muerte existió en el hipocondrio derecho un dolor constante, aunque poco vivo, y se desarrolló poco á poco un tumor en el mismo sitio.

El estado del estómago anunciado durante la vida por la rubicundez y sequedad de la lengua, el del encéfalo, que coincidió con el delirio y la erisipela de la cara y del cuero cabelludo son tambien circunstancias dignas de interés. Nos parece importante penetrarse bien de una observacion que ya hemos hecho, y que continuamente tenemos ocasion de comprobar, á saber: que en la mayor parte de las afecciones crónicas apresura la época de la muerte alguna flegmasia aguda intercurrente.

XXIX.ª OBSERVACION.

Absceso del hígado con decoloracion y reblandecimiento de su tejido. Dolor antiguo en el lado derecho del torax. Nefritis crónica. Entero-colitis aguda en la última época.

Una mujer, de cerca de 50 años, tenia hacia tres las orinas purulentas, sentia un dolor habitual en la region renal derecha, y casi desde la misma época esperimentaba ademas otro distinto hacia las últimas costillas derechas: este dolor poco vivo por lo general, se exasperaba por intervalos, y se hacia lancinante. La enferma habia enflaquecido lentamente, y cuando la vimos se hallaba en un grado muy adelantado de marasmo. Nunca habia tenido ictericia; la cara estaba pálida, las megillas escavadas, los ojos hundidos en las órbitas, y en una de las corneas transparentes existia una úlcera bastante profunda: los miembros se hallaban secos y delgados. Hacia muchos dias que la gran debilidad la obligaba à guardar cama. Todo el vacio derecho estaba dolorido al tacto, tenso y mas prominente que el otro, sin embargo no se podia circunscribir en él ningun tumor; en la parte posterior del mismo vacio habia un edema bastante considerable del tegido celular subcutáneo. De cuando en cuando percibia la enferma un dolor muy vivo, que por lo regular duraba solo algunos minutos, y que parecia seguir el trayecto de la uretra; la orina, bastante copiosa, presentaba un sedimento blanquecino formado al parecer por pus. A la altura de las últimas costillas derechas tanto en la parte anterior como lateralmente y en la posterior, se quejaba de otro dolor que no iba acompañado de tos ni de disnea. El hipocondrio derecho estaba blando é indolente del mismo modo que el resto del abdomen. La lengua se encontraba pálida sin ca-

pa alguna, la sed era nula, el apetito mediano, y las cámaras raras, consistentes y ordinariamente oscuras. Durante el dia habia alguna frecuencia de pulso, sin aumento de la temperatura de la piel; pero todas las tardes se desarrollaba un verdadero movimiento febril, que empezaba á veces con calosfrios, y nunca terminaba con sudor.

Consideramos á esta enferma atacada de una inflamacion crónica del riñon derecho. En cuanto al dolor que sentia á la altura de las últimas costillas derechas nos inclinamos á creerle dependiente de una flegmasia tambien crónica de una parte de la membrana serosa, bien fuese el peritóneo peri-hepático, bien la pleura.

La antigüedad de la enfermedad, la calentura héctica y el enflaquecimiento de la enferma hacian muy grave el pronóstico; parecia imposible la curacion. Cuanto podia hacerse era emplear un tratamiento paliativo (*tisana de cebada, algunas cucharadas del vino de enula campana, cataplasmas narcóticas al rededor del vacio derecho, sinapismos de cuando en cuando á las estremidades inferiores, alimento ligero.*

Mas en vez de mejorarse el estado de la enferma se agravó cada vez mas segun esperábamos; progresaba el marasmo, y era estremada la debilidad. En tal estado sobrevino diarrea (de ocho á diez cámaras cada veinte y cuatro horas semejantes al agua teñida de amarillo y sin dolores abdominales). Como diez dias despues de la aparicion de esta diarrea sobrevino la muerte. Hasta el último momento permaneció la lengua pálida y húmeda, se conservaron intactas las facultades intelectuales, y no se observó ningun embarazo en la respiracion, ni estertor alguno.

ABERTURA DEL CADAVER.

Ultimo grado de marasmo. Ningun indicio de hidropesía.

Abdomen. El riñon derecho era notable por su volúmen, que casi escedia un tercio del normal. No se hallaba formado en cierto modo sino por un estenso saco lleno de pus, dividido en muchas celdas que comunicaban con la pelvis, cuyo interior estaba tambien lleno de pus, y presentaba una superficie encendida; del mismo modo que el ureter. En el fondo de la vejiga se encontraron tambien cinco ó seis manchas pequeñas rojas, entre las cuales estaba blanca la membrana mucosa. En el tegido celular intermuscular y sub-cutáneo del vacio derecho se halló infiltrado un liquido sero-purulento. En el peritóneo no existia ningun derrame.

El bazo no tenia mas volúmen que el regular, pero su tegido era en todos los puntos gris y pálido, y estaba tan reblandecido que se reducia á una pulpa gris cuando se le comprimia ligeramente con la estremidad del dedo, que se hundia en él; cortándole salia muy poca sangre. Hácia el centro del lóbulo derecho existia una cavidad que podria contener un huevo pequeño de gallina, y en la que se hallaba contenido un pus blanquecino é inodoro, semejante al flegmonoso de buena naturaleza. Las paredes de esta cavidad aparecian cubiertas por una falsa membrana muy densa, gruesa, formada por un conjunto de fibras entrecruzadas en diversos sentidos, lisa por la superficie que estaba en contacto con el pus, y adherente al parenquima del hígado mediante numerosos filamentos, cuya naturaleza era difícil determinar. Inmediatamente al rededor del absceso no estaba mas rojo el hígado que en los demas puntos.

Los conductos escretores de la bilis parecian hallarse exentos de toda lesion. No se notò el aspecto de la bilis contenida en la vejiga.

El bazo tenia el tamaño y consistencia ordinarios.

El estòmago estaba pàlido, y la mucosa un poco reblandecida hàcia el fondo. Nada notable habia en el duodeno, cuya superficie interna estaba pàlida como la del estómago, y como tambien la del yeyuno y la parte superior del ileon. Pero en la estension de dos pies por encima del ciego, en este último intestino y en una gran parte del colon se observaba una viva rubicundez arborizada de la membrana mucosa con reblandecimiento de su tegido en algunos puntos.

Cabeza. El cerebro estaba pàlido del mismo modo que sus membranas.

Pecho. Las pleuras no ofrecieron vestigios de inflamacion sino hàcia el vértice del pulmon izquierdo, donde existia al rededor del pulmon una especie de gorro de consistencia cartilaginosa, debajo del cual estaba negro y duro el parenquima pulmonar.

En la enfermedad cuya historia acabamos de trazar parece que la afeccion del hígado hizo un papel secundario. Sin duda contribuyó al enflaquecimiento de la enferma; pero solo la nefritis ofreció signos característicos de su existencia durante la vida: el dolor que se sentia en la region hepática podia efectivamente pertenecer á muchas partes, y por sí solo no era susceptible de revelar una enfermedad del hígado.

La alteracion de este órgano diferia bajo muchos puntos de vista de las que hemos hallado en las observaciones precedentes. Habia ciertamente formacion de pus, y reblandecimiento muy pronunciado del parenquima hepático, principalmente al rededor del absceso; pero en vez de estar mas rojo este órgano, se hallaba por el contrario mucho mas pálido y con menos sangre que en el estado normal. En otras observaciones hemos comprobado ya la existencia de semejante reblandecimiento del hígado con decoloracion notable de su tegido. Entonces hemos vacilado en decidir si era una lesion inflamatoria; pero en este caso la coincidencia de un absceso del hígado parece probar su naturaleza flegmásica, aun cuando segun nuestro dictamen no la demuestre aun con todo rigor. ¿No pueden en efecto existir á la vez en un mismo órgano dos afecciones de naturaleza diferente? No debe creerse que siempre haya de hallarse inflamacion al rededor de un absceso: hemos visto en mas de un caso existir en un órgano un absceso sin otro vestigio de lesion alguna.

Por otra parte no cabe duda que en esta mujer la afeccion

del hígado siguió un curso muy crónico. Bastaria para atestiguarlo la antigüedad del dolor; pero hay ademas otra prueba en la testura de la falsa membrana que tapizaba las paredes del absceso.

Tambien en este caso terminó los dias de la enferma una inflamacion aguda. La diarrea que sucedió á una constipacion habitual fué el único signo de la entero-colitis aguda, cuya existencia demostró la abertura del cadáver. La diarrea serosa que sobrevino sin dolor en una enferma debilitada ya por una larga enfermedad, se hubiera colocado hace algunos años entre el número de los flujos llamados colicuativos, y considerádose como independiente de todo acto inflamatorio, que sin embargo era bien real. Es cierto que las inflamaciones que sobrevienen en semejantes casos no están enlazadas con un estado pletórico; pero es necesario admitir como un hecho que por pequeña que sea la cantidad de sangre que queda en la economía, y por agotadas que parezcan hallarse las fuerzas de los enfermos, no se verifica menos un aflujo muy fácil y frecuente del resto de la sangre y de las fuerzas hácia diferentes puntos irritados, y con especialidad hácia la membrana mucosa gastro-intestinal. Parece que por la sola circunstancia de haber roto la afeccion crónica el equilibrio del estado sano, hay contínua tendencia á una desigual distribucion de la vida y de la sangre en los diferentes órganos.

XXX.ª OBSERVACION.

Absceso del hígado con gangrena del parenquima á su al rededor. Gastritis y bronquitis crónicas. Falta de todo signo característico de la afeccion del hígado.

Un hombre que trabajó en los puertos desde los 60 á los 69 años disfrutó de buena salud hasta esta última edad. Entonces empezó á perder el apetito, vomitando al poco tiempo los pocos alimentos que tomaba, teniendo eructos agrios, y sintiendo en el epigastrio un peso incómodo, pero nada de dolor. Poco á poco disminuyeron las fuerzas y la gordura.

Cuando entró el enfermo en la Caridad ofrecia su cara un tinte amarillo de paja muy pronunciado, y se hallaba ya en un grado muy adelantado de marasmo. El pulso era frecuente; la piel estaba por lo regular caliente; nunca habian existido sudores. La lengua estaba blanquecina y sin rubicundez; habia constipacion, tos frecuente con espectoracion puriforme y estertor mucoso en distintos puntos del pecho.

Sometido este individuo á un tratamiento puramente demulcente y á una dieta lactea, cesó de vomitar á los pocos dias de su entrada en el hospital, y se hicieron mas raros los eructos. El epigastrio se conservaba indolente, no se percibia en él ningun tumor, y habia cesado la calentura.

De esta suerte pasaron veinte dias: el enfermo se sentia mejor con respecto

á la afeccion gástrica, cuando de repente recobrò el pulso su frecuencia, se presentò una postracion cada vez mayor, se ennegreciò la lengua, y sobrevino la muerte al cabo de pocos dias, en medio de un estado adinámico.

ABERTURA DEL CADAVER.

Las paredes del estòmago en la estension de cinco à seis dedos, contando desde el piloro, estaban considerablemente engrosadas. En el mismo espacio se hallaba ulcerada la membrana mucosa, y en vez de las túnicas subyacentes solo se encontró un tegido homogéneo de un blanco mate, que rechinaba bajo el escalpelo. En el resto del estòmago apareciò blanca la membrana mucosa, pero muy reblandecida.

Al hígado y al estómago los unian adherencias celulares.

El hígado tenia su tamaño ordinario. El lòbulo izquierdo presentaba al tacto una fluctuacion oscura, contenia en su interior una cavidad, en la que cabria una manzana y que estaba llena de pus; tapizaba sus paredes una membrana gruesa y resistente. La porcion del parenquima que rodeaba la cavidad se habia transformado en la estension de algunas pulgadas en un putrilago negruzco, el que exhalaba un olor fétido y gangrenoso. El tegido inmediato del hígado estaba rojo y reblandecido, el restante sano.

Los pulmones no ofrecieron mas alteracion que adherencias celulares antiguas de las pleuras, y una rubicundez livida de los bronquios, cuya membrana mucosa parecia generalmente engrosada.

Ningun signo reveló en este sugeto la afeccion del hígado, pues faltaba completamente hasta el dolor que existia en el que fué objeto de la vigésima-nona historia. La cronicidad del absceso se halla demostrada por el grueso de la membrana que tapizaba sus paredes.

Es la única vez que hemos visto la gangrena del hígado: se produjo al rededor del absceso, probablemente en las porciones de parenquima atacadas ya de flegmasia crónica. Del mismo modo se apodera á veces la gangrena de las porciones inflamadas del parenquima pulmonar que rodea á las escavaciones tuberculosas. Es muy probable que desde el momento en que empezó la gangrena, se manifestase el estado adinámico, en medio del que sucumbió el enfermo.

En los de las observaciones precedentes no hemos visto que hubiese tos: en este por el contrario, existia dicho fenómeno; pero la abertura del cadáver manifestó una inflamacion crónica de los bronquios. ¿No deberá concluirse de esto que la tos llamada hepática, y que los autores designan como coexistente á

veces con las afecciones del hígado y como simple resultado de la irritacion simpática del pulmon, es cuando menos mas rara que se ha dicho; y ademas que cuando la tos se manifiesta durante el curso de una afeccion del hígado, anuncia por lo regular una verdadera complicacion de flegmasia bronquial?

XXXI.ª OBSERVACION.

Absceso del hígado abierto en el estómago. Síntomas de gastritis crónica. Ictericia al principio.

Poseemos pocas noticias acerca del individuo que forma el objeto de esta historia; pero sabemos que cuando entró en la Caridad llevaba mucho tiempo con anorexia y dolor en el epigastrio, que nunca habia tenido vómitos, pero sí frecuentes abscesos de calentura, y que se hallaba ya en un estado muy adelantado de marasmo. La piel estaba pálida, pero dos años antes, hácia el principio de la afeccion, hubo ictericia que duró cerca de cuatro meses.

La abertura del cadáver nos manifestó las lesiones siguientes.

1.° En el cráneo, osificacion de una gran parte de la hoz de la dura madre (el individuo apenas tenia cuarenta años).

2.° En el torax algunos tubérculos diseminados en el parenquima pulmonar, que por lo demas estaba sano.

3.° En el abdomen intensas adherencias del hígado y del estómago. Dentro de este y hácia su cara posterior se presentó una solucion de continuidad que interesaba todas sus túnicas, de la estension de un realito, y al través de la cual se introdujo un estilete que penetró directamente en una cavidad formada en el hígado, bastante grande para admitir una naranja, y ocupada por un verdadero pus. Las paredes de la cavidad se hallaban tapizadas por una membrana gruesa, cuya testura parecia ser fibro-mucosa. Al rededor de este absceso y en el resto de su estension se encontraba el parenquima hepático en las condiciones de testura del estado normal. Lo mismo acontecia en los conductos escretores de la bilis.

La perforacion del estómago parece haberse efectuado aquí de fuera adentro; la inflamacion se propagó primero del hígado al peritóneo que le separaba del estómago, y determinó la formacion de adherencias entre los dos órganos; mas adelante se inflamaron á su vez las túnicas del estómago en un punto circunscrito de su estension, y hubo destruccion sucesiva y simultánea de las membranas peritoneal, celular, muscular y mucosa. Este caso difiere tambien de otros mas comunes, en los que formándose una úlcera en el estómago de dentro afuera, acaba por destruir todo el grueso de las túnicas del órgano, susti-

tuyendo entonces á las paredes en este punto, ora el hígado, ora el pancreas, etc.

Sea lo que quiera, la cavidad purulenta formada en el hígado debia naturalmente vaciarse en parte en el estómago: ¿se hubiera hallado pus en las evacuaciones alvinas? Notemos que la abertura de comunicacion entre el interior del estómago y el absceso hepático era todavía poco considerable, y que tal vez no se habia formado sino poco tiempo antes de la muerte. Acerca de este último punto solo nos hubiera podido ilustrar la naturaleza de las cámaras. ¿En tal caso no se hubieran podido aproximar poco á poco las paredes del absceso á medida que se hubiese vaciado en el estómago? Se concibe que de este modo no hubiera sido imposible la curacion del hígado: en las Memorias de la antigua academia de cirujía se han consignado casos de este género.

No dejaremos de observar que en el que acaba de citarse no existia ninguna alteracion apreciable del hígado fuera del punto ocupado por el absceso; sin embargo no se dudó en considerar á esta lesion como producida por una accion inflamatoria. Pero supóngase que existe en medio del hígado una materia dura de tegido encefaloideo, por ejemplo, sin alteracion de testura del órgano á su alrededor: tampoco será esta circunstancia motivo para negar la existencia de una inflamacion antecedente donde tomase orígen la produccion accidental. Por otra parte es probable que en cierta época se hubiese hallado el hígado mas ó menos alterado al rededor del absceso, habiendo vuelto á su estado normal á medida que organizándose una membrana al rededor del pus, le habia separado cada vez mas completamente del parenquima hepático, en medio del cual permanecia como un cuerpo estraño. En tal estado de cosas puede concebirse la existencia de un absceso del hígado sin que resulte ningun trastorno ni respecto de la testura, ni de las funciones del órgano. Lo propio acontece indudablemente en el encéfalo: la observacion ha demostrado la existencia de absesos enquistados en el cerebro de individuos que en una época mas ó menos lejana habian tenido todos los signos de una encefalitis aguda. Los síntomas de esta habian desaparecido, y podia la enfermedad considerarse como completamente curada; sin embargo tal curacion era en cierto modo provisional hasta que se egecutase alrededor del absceso una nueva accion inflamatoria. Tambien asi se concibe fácilmente como ha podido permanecer por mucho tiempo un cuerpo estraño en el cerebro sin manifestar su presencia por ningun accidente, y despues revelar de pronto su existencia por diferentes signos de encefalitis ó de hemorragia cerebral.

En el individuo, cuya historia da lugar á estas reflexiones, no habia ningun signo característico de una afeccion crónica del hígado. Pero remontándonos al exámen de otras épocas de su enfermedad, hallaremos que cuando empezó á perder su salud habitual tuvo con ictericia de bastante duracion. Por otra parte en ninguna época anunció dolor alguno la inflamacion del hígado, ni la supuracion con que terminó; lo cual es menos admirable en el presente caso en que tuvo la inflamacion un curso esencialmente crónico, que en otros conocidamente agudos. Si bien es cierto que el dolor se manifiesta en la mayor parte de las flegmasias agudas, tambien lo es que en ninguna de ellas es una condicion necesaria de su existencia. ¿No hay tambien pleuresias y peritonitis indolentes?

XXXII.ª OBSERVACION.

Absceso del hígado abierto en el peritóneo. Aumento de volúmen del hígado. Ictericia. Dolor en el hombro derecho. Gastritis crónica al principio.

Un sastre de edad de 50 años que habia tenido muchas veces enfermedades venéreas combatidas con el mercurio administrado interiormente y en fricciones, empezó á esperimentar desde la edad de 49 años, á consecuencia del último tratamiento antisifilítico, durante el cual tomó mucha zarzaparrilla y licor de Van-Swieten, algunos dolores pasageros en el epigastrio, que por sus reproducciones y desapariciones repentinas, del mismo modo que por su naturaleza é intensidad, se parecian bastante bien a lo que se designa vulgarmente con el nombre de *calambres del estómago*. El apetito se conservaba en los intervalos, y la salud parecia bastante buena. Sin embargo enflaqueció poco á poco, y disminuyeron sus fuerzas; los dolores gástricos, pasageros, pero muy vivos, fueron reemplazados por un dolor sordo, ó mas bien por una sensacion habitual de peso y de embarazo en el epigastrio; el apetito se hizo irregular, y despues se perdió del todo. Tales fueron los síntomas que se sucedieron en el espacio de diez y ocho meses, sin dejar el enfermo, á pesar de todo, de entregarse á sus ocupaciones habituales. Al cabo de este tiempo empezaron las conjuntivas y la piel á presentar un tinte amarillento que cada vez se hizo mas pronunciado, sin que se manifestase ningun dolor en la region del hígado. Pero algun tiempo despues de la aparicion de la ictericia se declaró hácia el hombro derecho un dolor incómodo y continuo que nunca dejó en lo sucesivo de molestar mas ó menos.

Cuando vimos al enfermo toda la superficie cutánea tenia un tinte amarillo bien pronunciado; existia el dolor del hombro; en el hipocondrio derecho se percibia el hígado que escedia tres dedos del borde de las costillas, y no se hallaba dolorido ni aun á la presion. La afeccion del estómago estaba caracterizada por una completa repugnancia á toda especie de alimentos, peso habitual en el epigastrio, vómitos por intervalos, sensacion de calor quemante que de cuando en cuando se manifestaba en el trayecto del esófago, y parecia empezar en el cardias. La lengua generalmente se hallaba cubierta por

una capa blanquecina sin rubicundez en los bordes, y las cámaras eran raras. Todas las tardes habia un movimiento febril bastante pronunciado.

Un dia se presentaron dolores muy vivos en el hipocondrio derecho, y al siguiente se estendieron à todo el abdomen. Al mismo tiempo se manifestaron vómitos y tension en el vientre que no podia comprimirse en ningun punto sin exasperar los dolores; la única posicion posible era el decúbito dorsal. El pulso se puso pequeño é irregular, se enfrió la piel, y sobrevino la muerte à los tres dias de la invasion de estos dolores.

ABERTURA DEL CADAVER.

Habia derrame sero-purulento en el peritòneo, y el hígado era mas voluminoso que lo acostumbrado. Levantándole se percibió en la cara inferior del lóbulo derecho y un poco à la derecha de la vejiga de la hiel una abertura formada en el parenquima, al través de la cual podia introducirse con facilidad el dedo indicador. Esta abertura conducia à una cavidad llena de pus, cuyas paredes estaban formadas por el parenquima hepàtico reducido inferiormente à una làmina delgada de algunas líneas solamente, que separaba la cavidad del absceso de la del peritóneo. La misma lámina delgada de tegido hepàtico es la que rompiéndose en uno de sus puntos permitió al pus formado en el hígado derramarse en el peritóneo, de donde resultò la produccion de una flegmasia aguda de la membrana serosa.

Los conductos escretores de la bilis se hallaron en estado sano.

En el fondo del estómago no podia levantarse à colgajos la membrana mucosa: en el mismo sitio habia dos ò tres manchas rojas, cada una del tamaño de una pieza de dos cuartos. En algunos puntos era tal el reblandecimiento de la mucosa que parecia tan solo moco líquido depositado en el tegido celular subyacente. En la porcion pilórica se encontraba por el contrario la membrana mucosa engrosada è hipertrofiada, y su color era pardusco. El mismo color existia en las dos primeras porciones del duodeno.

El bazo era del tamaño y consistencia ordinarios.

En este individuo parece que el estómago fué el primer órgano enfermo. Es imposible decir en que época empezó la afeccion del hígado; probablemente se estenderia poco á poco la flegmasia del estómago al aparato biliario: no se advirtió que este se hallaba afecto hasta que apareció la ictericia, que en vez de tener una duracion pasagera como en el individuo de la observacion trigésima primera, persistió hasta la muerte. Sin embargo esceptuando un poco de aumento de volúmen en el hígado que existió en el presente caso, y no en el de la historia trigésima primera, era igual en ambos el estado del órgano. En uno y otro se hallaba situado el absceso mas cerca de la cara cónca-

va del hígado que de la cara convexa; solo que en la observacion anterior ocupaba el lóbulo izquierdo, y en esta el derecho.

Esta es la primera vez que hallamos entre los fenómenos morbosos que se manifiestan durante el curso de una afeccion del hígado, el dolor en el hombro derecho: M. Louis no le encontró en ninguno de los cinco casos de abscesos del hígado que refiere, de lo cual debe concluirse que se observa con mucha menos frecuencia en las diversas afecciones del hígado de lo que se ha dicho y escrito.

Las diferentes observaciones relativas á los abscesos del hígado que acabamos de referir nos han manifestado las principales variedades que pueden presentar: 1.° en su anatomía patológica: 2.° en sus causas: 3.° en sus complicaciones: 4.° en su curso: 5.° en sus síntomas, y 6.° en sus modos de terminacion. En otra parte hemos hablado de las colecciones purulentas que se hallan á veces en el parenquima hepático, y que mas bien parecen depositadas que formadas en él; no insistiremos acerca de ellas en este lugar. Tales colecciones purulentas coinciden por lo comun con otras que se encuentran en diversos órganos, y en el mayor número de casos nos parecen dependientes de una flebitis.

Ahora citaremos otros muchos casos en los que en vez de pus, se forma en el parenquima hepático otra especie de produccion accidental, cuyas dos principales variedades se han designado con los nombres de escirro y tegido encefaloideo. Habiendo dado ya á conocer nuestra opinion acerca del orígen y naturaleza de estas producciones, y proponiéndonos estendernos sobre el mismo asunto en otra obra (*Precis d' Anatomie pathologique*) no nos separaremos aquí del lenguage generalmente recibido; conservaremos provisionalmente unas espresiones que no creemos sean exactas ni suficientes, pero que ha consagrado el uso, y suponiendo conocida la disposicion anatómica del cancer del hígado, trataremos sobre todo en las siguientes observaciones de hacer resaltar sus síntomas y su curso, y veremos cuán variables son los signos que anuncian tales afecciones cancerosas. Efectivamente respecto de los síntomas pueden establecerse un gran número de graduaciones entre los casos en que hay á la vez tumor en el hipocondrio derecho, dolores en la misma parte, ictericia, ascitis, y anasarca, y aquellos en que no existe

ninguno de estos fenómenos morbosos, y solo se revela la afeccion del hígado por la abertura del cadáver. Respecto á su curso hay cánceres que parecen verdaderamente enfermedades agudas que se desarrollan, y terminan por la muerte en un corto espacio de tiempo; y hay otros que persisten por gran número de años sin producir síntomas graves. Por otra parte vamos á ver que como las otras enfermedades del hígado, de que ya hemos hablado, va el cáncer acompañado con frecuencia durante la vida de síntomas de afeccion gastro-intestinal, y que despues de la muerte se hallan muchas veces, aunque no siempre, indicios de inflamacion crónica en el tubo digestivo, y con especialidad en el estómago.

Empezaremos por citar un caso de cáncer del hígado notable por su rápido curso.

§. II.

Observaciones acerca del cáncer del hígado.

XXXIII.a OBSERVACION.

Tumor canceroso del hígado y del epiploon gastro-hepático terminado por la muerte á las tres semanas de la aparicion de sus primeros síntomas. Ictericia. Estado sano del tubo digestivo.

Un mercader forastero, de cerca de 45 años de edad, habia padecido muchas veces calenturas intermitentes, sin embargo de lo cual disfrutaba de perfecta salud desde la edad de 40 años. Durante el mes de abril de 1820 sintió algunos dolores ligeros inmediatamente debajo del borde cartilaginoso de las costillas, y à fines del mes se manifestò una ictericia. Entonces entró en la Caridad, y cuando le vimos no tenia calentura; el apetito era muy bueno, parecian hallarse intactas las funciones digestivas, pues solo las càmaras eran descoloridas; la orina tenia un tinte rojo anaranjado, y el hipocondrio derecho estaba blando é indolente (*suero con acetato de potasa; calomelanos y jabon en píldoras*).

El 2 de mayo volvieron á aparecer los dolores en el hipocondrio derecho, y persistieron en los dias siguientes, desarrollàndose la calentura, y poniendose tenso el citado hipocondrio, como si le ocupase el hígado entumecido (*sanguijuelas al hipocondrio*).

El 9 de mayo empezamos á sentir al lado derecho del epigastrio é inmediatamente debajo del borde de las costillas un tumor globuloso, inmòvil y muy dolorido à la presion mas ligera (*Cataplasmas narcóticas*).

Del 9 al 15 adquiriò tanto volùmen el tumor que se percibia á simple vista, y se formaron en poco tiempo à su lado otros muchos tumores pequeños, abollados, desiguales y dolorosos.

Del 15 al 20 se prolongaron los tumores por detràs de los cartílagos de las costillas, à quienes elevaban mucho; al mismo tiempo empezò el enfermo á vomitar las bebidas tres ó cuatro horas despues de haberlas tomado; la ca-

lentura se hizo contínua con grandes recargos todas las tardes, durante los cuales eran dislacerantes los dolores del hipocondrio: enflaqueció el enfermo con estraordinaria rapidez; el 20 llegó al último grado de marasmo y debilidad, y murió el 21.

ABERTURA DEL CADAVER.

El hígado, voluminoso, escedia cuatro dedos del borde de las costillas. Sobresalian en su cara convexa muchos tumores formados por una mezcla de las producciones accidentales, designadas con los nombres de tegidos escirroso encefaloideo y tuberculoso, y se prolongaban profundamente en lo interior de la víscera. En los intervalos no parecia hallarse alterado el tegido del hígado.

Los conductos hepático y colidoco, como tambien la estremidad pilórica del estómago, estaban rodeados y comprimidos por tumores de la misma naturaleza.

En el tubo digestivo no se encontró ninguna lesion apreciable.

Es muy posible que los tumores del hígado y del epiploon gastro-hepático que acabamos de describir, existiesen ya en este sugeto desde muchos años antes, y que su primer oríjen estuviese en relacion con las repetidas calenturas intermitentes que habia sufrido. En efecto, la existencia de tales tumores pequeños, poco numerosos y en estado de crudeza, no es incompatible con un mediano estado de salud; lo que sobre todo queremos hacer resaltar en este momento, es la estremada rapidez de su incremento, y los accidentes inmediatamente mortales á que dieron lugar. El movimiento febril fué semejante al que acompaña á una inflamacion aguda del tubo digestivo, y la intensidad del dolor estuvo en razon directa con la agudeza del desarrollo del cáncer. Tambien debe notarse la prontitud con que el enfermo llegó al último grado de marasmo. En este rápido y profundo trastorno de la nutricion deben modificarse prodigiosamente la misma sangre y el sistema nervioso, de donde es muy probable se origine la estincion de la vida.

Esta observacion puede compararse con las referidas en uno de los volúmenes precedentes, relativas á los casos de desarrollo agudo de tubérculos en el seno del parenquima pulmonar.

No olvidemos advertir el estado sano del hígado al rededor de las masas cancerosas. ¿No hubieran debido hallarse en semejante caso indicios de inflamacion? Sometemos este hecho á

las meditaciones de los que refieren á dicha causa toda produccion accidental.

La ictericia que existió durante la permanencia del enfermo en la Caridad podia ser dependiente de la alteracion del parenquima hepático; pero ademas encontramos para esplicarla una causa enteramente mecánica de obstruccion, en los tumores cuya existencia al rededor de los conductos hepático y colidoco demostró la abertura del cadáver; tambien en este caso anunció durante la vida la naturaleza de las cámaras que la bilis no descendia al duodeno.

Los vómitos que sobrevinieron en la última época no pueden esplicarse por ningun estado morboso de las vias digestivas: el estómago, el duodeno y el resto del conducto intestinal se encontraron exentos de toda alteracion. ¿Serían debidos á la compresion que ejercieran en el píloro los tumores que le rodeaban? Este hecho prueba por otra parte que puede existir calentura y sobrevenir la muerte, sin que haya flegmasia gastro-intestinal.

XXXIV.ª OBSERVACION.

Tumores cancerosos en el hígado, y ademas en el estómago, en los ganglios linfáticos preraquidianos, y al rededor del útero. Tumor y dolor en el hipocondrio derecho, ictericia, ascitis.

Una lavandera, de 53 años de edad, estaba enferma hacia siete meses cuando entró en la Caridad. Tuvo al principio todos los síntomas de un reumatismo agudo; dolor en la region lumbar; entumecimiento doloroso de las articulaciones, y calentura. Entonces entró en el Hotel-Dieu, donde la sangraron muchas veces. Cuando salió (cosa de tres semanas despues de su entrada) se hallaba libre de los dolores articulares y de los lumbares. Pero al poco tiempo sobrevinieron otros nuevos accidentes: empezó á sentir un dolor sordo á la altura de las últimas costillas derechas, y al mismo tiempo se desarreglaron las funciones digestivas que hasta entonces habian continuado en buen estado. La boca se hallaba seca, y muchas veces amarga; habia eructos agrios despues de la introduccion de los alimentos en el estómago, vomitándose estos de cuando en cuando: por otra parte no se percibia ningun dolor en el epigastrio. Estos diversos síntomas aparecieron y persistieron en los seis meses transcurridos hasta la entrada de la enferma en la Caridad; cuando la vimos ofrecia el estado siguiente:

El enflaquecimiento era considerable; las conjuntivas y toda la cubierta cutánea estaban amarillas: la ictericia solo contaba seis semanas de existencia. El abdomen era asiento de una fluctuacion evidente, y decia la enferma que habia empezado á abultarse casi desde la misma época en que empezó á ponerse amarilla; nunca habia tenido infiltrados los miembros. La parte derecha del epigastrio y el hipocondrio del mismo lado se hallaban ocupados por un tumor, cuyas formas no podian apreciarse bien, ni circunscribirse á causa

del liquido derramado en el peritòneo, que se interponia por debajo de las paredes abdominales. Por otra parte, era bien distinto el tumor, y la enferma sentia en él por intervalos dolores vivos, que aparecian en forma lancinante. En todo el hipocondrio derecho era dolorosa la presion, y el resto del abdomen permanecia indolente. La lengua estaba rugosa y cubierta de una gruesa capa amarillenta. Hacia ocho meses que existia una anorexia completa. La boca estaba habitualmente seca, sin que hubiese sed; la introduccion de los alimentos, y aun de las bebidas en el estòmago, era seguida de una sensacion de peso en el epigastrio, que se transformaba en un calor quemante, cuando la enferma tomaba una sola cucharada de vino. Hacia mucho tiempo que no habia tenido vómitos, pero con frecuencia arrojaba como por regurgitacion cierta cantidad de mucosidades, que la paciente llamaba aguas. Tenia habitualmente mucha astriccion de vientre; era la orina del color rojo del anacardo, poco abundante, y escocia al pasar. El pulso carecia de frecuencia, y era notable por su estremada pequeñez; la piel estaba seca y sin aumento de calor; pero llevaba la enferma dos ó tres meses de sentirse ardorosa todas las tardes. (*Bebidas emolientes, dieta láctea*).

Esta enferma murió seis dias despues de su entrada en el hospital; en cuyo corto tiempo vomitò todas las bebidas que tomò, tuvo frecuentes lipotimias, se infiltraron un poco los muslos, y presentò la orina un copioso sedimento rosàceo. Cesò el pulso de sentirse del todo, y à consecuencia de un último esfuerzo de vòmito sobrevino un síncope, que se transformó en muerte real.

ABERTURA DEL CADAVER.

El hìgado escedia muchos dedos del borde de las costillas. Estaba abultado y sembrado de manchas blancas é irregulares; varias de ellas con un hundimiento en su centro, y todas correspondientes à masas cancerosas de las que habia un gran número en el interior del hìgado. Estas se hallaban constituidas por tres sustancias de aspecto diferente: una de un blanco amarillento y friable; otra agrisada, y la tercera de un blanco mate, y recorrida por numerosas líneas rogizas.

El tegido del hìgado en la estension de algunas líneas estaba mas blando, friable y rojo que en los demas puntos.

Los conductos biliarios à su salida del hìgado aparecian rodeados por gruesas masas cancerosas, que podian contribuir à obliterar su cavidad.

Estómago. Cerca del piloro, que estaba libre, se hallaba elevada la membrana mucosa por un tumor irregularmente redondeado, del tamaño de una castaña gruesa, y formado por un tegido de un blanco mate: debajo de él estaba sana la túnica muscular. La parte de mucosa que le tapizaba se adheria íntimamente á él, y era manifiestamente mas gruesa y de un gris apizarrado. Ocupaba al estòmago un liquido parecido al sebo.

Delante de la columna vertebral existian otras masas cancerosas, muchas de las cuales elevaban à la aorta.

Entre el tegido propio del cuerpo del útero y el peritóneo que le cubre habia otros cinco ò seis tumores pequeños, cada uno del tamaño de una avellana, formados por un tegido blanco mate, y sin apariencia de fibras.

El curso de este cáncer del hígado fué tambien bastante rápido; la enferma murió á los seis meses de la aparicion de los primeros síntomas que revelaron la existencia de una afeccion indeterminada del hígado y del estómago. Es difícil decidir cual de las dos enfermedades precedió á la otra; parece que empezaron casi al mismo tiempo. La del hígado se presentó en esta observacion tan caracterizada como es posible: hubo dolor y tumor en el hipocondrio derecho, ictericia y ascitis. El dolor fué uno de los primeros síntomas que aparecieron; pero ni fué tan vivo como en el individuo de la observacion trigésima-tercia, ni lancinante como se dice que son todos los de las afecciones cancerosas. En cuanto á la ictericia hallamos que coincidia tambien con la existencia de tumores, que desarrollados al rededor de los conductos biliarios, podian comprimirlos ó irritarlos.

No debemos dejar de notar que donde quiera que en este sugeto se alejó la nutricion de su tipo normal, hubo desarrollo de productos accidentales de la misma naturaleza. Asi, pues, la materia depositada en el espesor de las paredes del estómago, al rededor del cuerpo del útero y delante de la columna vertebral, era idéntica á la que se halló en el hígado: es sobre todo notable semejante alteracion al rededor del útero, donde por lo regular se desarrollan tumores fibrosos.

XXXV.ª OBSERVACION.

Cáncer del hígado y del bazo. Tumor doloroso en el hipocondrio derecho. Ictericia. Falta de ascitis. Reblandecimiento de la membrana mucosa gástrica. Color apizarrado del duodeno.

El 6 de enero de 1820 entró en la Caridad un carpintero de 65 años de edad, que confesaba haber abusado de los licores alcohólicos. Quince meses antes habia empezado á perder el apetito, haciéndose en seguida dolorosa la ingestion de los alimentos en el estómago, y disminuyendo gradualmente las fuerzas y la gordura. Entonces tomó muchos elixires aromáticos, que no le aliviaron. Cerca de cuatro meses despues de haber empezado á desarreglarse las digestiones, sintió por primera vez dolor en la region hepática, y las orinas adquirieron un tinte amarillento. Los dolores del hipocondrio, que al principio eran poco intensos, y solo se reproducian por intervalos, no tardaron en hacerse mas vivos, continuos y lancinantes. Mas adelante se estendió el tinte amarillo de las orinas á las conjuntivas, y en seguida á toda la piel: sin embargo, no se aumentó el desarreglo de las funciones digestivas. En una época mas aproximada á la en que entró el enfermo en la Caridad, se puso tambien dolorido el hipocondrio izquierdo.

Cuando le vimos padecia mucho, sin que pudiese asignar un asiento preciso á sus dolores; tan solo decia que existian en toda la parte superior del vientre. Sin embargo al comprimirle aunque fuese ligeramente se resentia mas que de ninguna parte de los diferentes puntos del hipocondrio dere-

cho. Por medio del tacto dirigido convenientemente se reconocia en el mismo sitio la existencia de un cuerpo sólido, que al parecer tenia su origen detràs de las costillas, se estendia hàcia abajo casi hasta el ombligo, y por el lado izquierdo pasaba un poco de la linea blanca. Este cuerpo, que parecia ser el hígado desarrollado, y que se percibia tanto mejor, cuanto que no habia ascitis y estaban considerablemente adelgazadas las paredes abdominales, era de superficie desigual con numerosas elevaciones y abolladuras sensibles al tacto. Una de estas existia inmediatamente à la derecha del apéndice xifoides con el que estaba en contacto; muchas, y en particular aquellas cuya posicion acabamos de designar, eran muy sensibles à la menor presion. En ningun otro punto del abdomen se reconocia tumor. Toda la piel tenia un tinte amarillo verdoso. Por parte de las vias digestivas no habia mas síntomas que una completa anorexia, y la decoloracion y la escasez de las càmaras. El pulso era habitualmente frecuente, sin que se hallase elevada la temperatura de la piel.

Este sugeto murió à los veinte y tres dias de su entrada en el hospital, sin presentar ningun otro síntoma nuevo.

ABERTURA DEL CADAVER.

El hígado voluminoso ocupaba en el abdomen la misma estension que se habia reconocido durante la vida. Tenia un color verdoso en muchos puntos y pardusco en otros. De su superficie convexa se elevaban muchos tumores, unos muy duros y otros blandos y como fluctuantes, que eran los que formaban las abolladuras durante la vida. Haciendo en ellos una incision se veia que estaban compuestos de una materia blanca, dura en unos, blanda y reducida á papilla en otros, y en algunos manchada y mezclada con sangre. Esta sustancia se continuaba por el interior del hígado, reemplazando en gran parte á su parenquima ordinario, que en muchos puntos se hallaba como infiltrado, resultando en vez de masas incoloras y bien aisladas, un tegido rojizo como jaspeado de blanco. En otros sitios se hacia cada vez mas predominante el mismo color, no representando entonces el tegido hepàtico sino algunas lineas que atravesaban en sentidos diversos la produccion accidental desarrollada en su seno, la cual parecia haberse agrandado à medida que se habia ido desarrollando, hasta el punto de determinar la atrofía de las porciones inmediatas del parenquima hepàtico.

No se encontró en los conductos hepático, colidoco y cistico, ni en la vejiga de la hiel ninguna lesion apreciable. La última contenia en vez de bilis muchos càlculos pequeños unidos entre sí por medio de moco.

El bazo, oculto por las costillas falsas izquierdas, no habia aumentado de volúmen: su tegido no parecia estar mas denso ni rojo que de costumbre; pero en su interior se hallaban diseminadas muchas masas blanquecinas del todo análogas à las del hígado, y que parecian depositadas en muchas celdillas, en vez de la sangre mas ò menos modificada que contienen por lo regular.

La membrana mucosa del estómago estaba reblandecida en casi toda su estension, en ningun punto se podia levantar en colgajos, y hácia el fondo aparecia formada solo por una especie de mucosidad sobrepuesta á la túnica laminosa; en varios sitios estaba salpicada de rojo. En la estension de tres dedos contando desde el píloro, recobraba la mucosa su consistencia ordinaria, y

tenia un tinte apizarrado: el mismo color ofrecia la de las dos primeras porciones del duodeno. Nada mas hallamos digno de notarse en el tubo digestivo, à no ser un paquete hemorroidal al rededor del ano.

Los demas órganos se encontraron en el estado normal. En las cavidades del corazon habia coágulos fibrosos muy densos que se prolongaban á las venas cavas y à la aorta; en la superficie interna de esta existian manchas amarillas.

La enfermedad tuvo en este caso mayor duracion que en los dos precedentes. Los primeros síntomas fueron los de una lesion del estómago, y solo consecutivamente pareció afectarse el hígado, ó cuando menos se presentaron los signos correspondientes á este órgano, los cuales fueron en número de tres: dolor, tumor é ictericia. El primero que se manifestó fué el dolor, que tuvo un carácter lancinante. Rara vez se hallan tan marcadas durante la vida las abolladuras que se desarrollan en la periferia de los hígados cancerosos. Asi es que por su sola existencia y por su viva sensibilidad, pudo diagnosticarse la naturaleza de la afeccion del hígado. En cuanto á la ictericia no encontramos ningun obstáculo mecánico en los conductos escretores de la bilis que pueda esplicar su produccion. ¿Colocaremos su causa en la existencia de las masas cancerosas? Pero inmediatamente vamos á encontrar masas semejantes no menos considerables y numerosas, sin estar complicadas con ictericia. Tampoco hubo en este individuo indicio alguno de ascitis, al paso que existió en las observaciones anteriores, á pesar de no ser diferente, á lo menos en apariencia, la lesion orgánica.

Tal vez no será inútil advertir que en este sugeto no participó el estómago de la modificacion de nutricion que se halló en el hígado y el bazo, aunque hacia mucho tiempo estaba enfermo: se encontró solo la membrana mucosa reblandecida, roja en unos puntos, y apizarrada en otros, pero nada mas.

XXXVI.ª OBSERVACION.

Cancer del hígado. Gastro-duodenitis crónica. Tumor en el hipocondrio derecho. Ictericia.

Un escribano público, de 37 años de edad, disfrutaba de buena salud, cuando un dia despues de haberse espuesto á la corriente de un aire frio estando sudando, fué acometido de los diversos síntomas del cólera morbo: evacuaciones escesivamente copiosas por arriba y por abajo, postracion repentina, etc. En pocos dias se disiparon estos fenómenos, pero desde entonces es-

perimentó una dificultad para digerir que le era antes desconocida; percibia la permanencia de los alimentos en el estòmago por una sensacion de plenitud y de tension abdominal, y con mucha frecuencia tenia diarreas. De esta suerte pasò tres años, al cabo de los cuales se puso amarillo. Entonces fué cuando entrò en la Caridad.

El enflaquecimiento era ya considerable: toda la piel presentaba un tinte ictérico muy subido que existia desde siete á ocho meses antes. En el hipocondrio derecho se percibia distintamente un cuerpo de superficie lisa que terminaba con un borde bastante delgado, un poco por debajo del nivel del ombligo, y que en el lado izquierdo se estendia por el epigastrio hasta algo mas arriba del apéndice xifoides. El enfermo no habia percibido la existencia de tal tumor ni sentido en él dolor alguno, no determinándose tampoco este signo por el tacto, ni por la presion ejecutada en diversos sentidos. Apenas podia vacilarse en admitir que el tumor pertenecia al hígado aumentado de volúmen; ¿pero cuál era la afeccion de que se hallaba atacado? ¿Estaba simplemente hipertrofiado, endurecido ó reblandecido? ¿Se habian desarrollado en él producciones accidentales? Era imposible decidirlo. Ni actualmente existia hidropesia ni antes se habian notado indicios de ella. Hacia mucho tiempo que el enfermo perdiera el apetito: cuando introducia en el estómago la menor sustancia nutritiva sólida ó líquida, esperimentaba una dejadez, un mal estar general muy pronunciados, teniendo al mismo tiempo una sensacion de abultamiento en el epigastrio, pero nunca verdadero dolor. Arrojaba por la boca una gran cantidad de gases, y apenas habia vomitado dos ó tres veces desde que empezaron à desarreglarse las digestiones. Se quejaba de esperimentar con bastante frecuencia palpitaciones de corazon, que á veces iban precedidas de un dolor bastante vivo en la region precordial. Tambien padecia de cuando en cuando cefalalgias muy penosas, desvanecimientos, turbacion en la vista, hormigueo en las manos y en los pies, y contracciones clónicas pasageras de diferentes músculos. Decia no tener energia física ni moral, y que se hallaba continuamente quebrantado como si acabase de entregarse à un egercicio superior à sus fuerzas. Hacia muchos meses que las frecuentes diarreas á que estaba sujeto habian sido reemplazadas por una constipacion constante que databa casi desde la época de la aparicion de la ictericia. Nunca se examinó el color de las cámaras ni el de las orinas. El pulso era constantemente frecuente y las palmas de las manos estaban ardorosas, siendo natural la temperatura del resto de la superficie cutánea; la piel permaneciò siempre seca, y el enfermo se quejaba de sentir en ella una comezon habitual muy incòmoda.

Se le administró el agua de Vichy, que no produjo mas efecto que desarrollar calentura, y ocasionar en el epigastrio dolores que el enfermo no habia sentido todavía. Este movimiento febril, y estos dolores cesaron desde que dejò de administrarse el agua mineral. Los mismos accidentes se determinaron por el uso de las píldoras de calomelanos y de jabon medicinal.

Durante los dos meses que permaneció el paciente en la Caridad le vimos debilitarse poco, sin que por otra parte presentàra síntomas nuevos. Sin embargo parecia hallarse todavía muy lejano del término fatal, cuando de repente y sin causa conocida aparecieron los síntomas de una pleuro-neumonia derecha, que combatida en vano por los revulsivos aplicados al torax y à las estremidades inferiores, le arrebatò con rapidez al sepulcro.

ABERTURA DEL CADAVÈR.

Tinte amarillo verdoso muy pronunciado de toda la cubierta cutànea; algunas manchas rojas semejantes á equimosis en las dos piernas. Marasmo esqueletiforme: ningun indicio de hidropesìa.

El hìgado formaba en el abdomen un tumor voluminoso que ocupaba el hipocondrio derecho, el epigastrio y el hipocondrio izquierdo, y descendia hasta el ombligo. Presentaba una superficie lisa é igual; y esteriormente era notable por su color verde pardusco, no ofreciendo ninguna otra alteracion. Pero apenas se le abrió se hallaron en su interior numerosas masas blanquecinas, duras ó blandas y reducidas à papilla; muchas de ellas recorridas por líneas rogizas que dejaban entre si unas especies de areolas de forma y tamaño variadas, y otras manchadas de sangre derramada en su sustancia, parecian como engastadas en medio del tegido del hìgado, que á su alrededor no presentaba mas alteracion que el color ya indicado. La vejiga de la hiel contenia bilis; los conductos hepàtico, cistico y colidoco parecian hallarse en su estado normal.

Toda la estension de la superficie interna del estòmago ofrecia un color apizarrado que residia en la membrana mucosa; esta se encontraba considerablemente engrosada y endurecida, y su superficie era desigual y mamelonada, segun la espresion de M. Louis. El duodeno participaba del mismo color, observàndose en él ademas un desarrollo muy considerable de los folículos.

En el resto del tubo digestivo solo se hallaron hàcia el fin del ileon estensas placas ovales y punteadas de negro (glàndulas de Peyero) y una coloracion pardusca del ciego.

Los ganglios mesentéricos, sobre todo los correspondientes al ciego, eran voluminosos, y tenian un color rojo pàlido en su interior.

Las pleuras costal y pulmonar del lado derecho, se hallaban unidas en gran parte de su estension por falsas membranas blandas y de formacion reciente. El lóbulo inferior del pulmon dèl mismo lado se encontró en estado de hepatizacion roja. El corazon y sus dependencias no ofrecieron nada patológico, cosa notable en razon à los dolores precordiales y palpitaciones que habia sufrido el enfermo.

En el encéfalo se notò una infiltracion serosa bastante considerable del tejido celular sub-aracnoideo, de la convexidad de los hemisferios.

En esta encontramos un síntoma menos que en las observaciones precedentes, á saber, el dolor: es un hecho bien comprobado que demuestra que pueden desarrollarse gran número de masas cancerosas en el hígado, y existir en él en su doble estado de crudeza y reblandecimiento, sin que el órgano sufra dolor alguno. Si investigamos por qué la afeccion del hígado fué del todo indolente en este caso, al paso que en los citados an-

tes, iba acompañada de dolores mas ó menos vivos, lancinantes ó de otro carácter, no hallaremos ninguna razon de semejante diferencia, ni en el número, ni en la testura de las producciones accidentales, ni en el estado del tejido del hígado á su alrededor; notemos, sin embargo, que en el presente enfermo ninguna de las producciones era visible al esterior, y que situadas profundamente en el órgano, se hallaban apartadas del peritóneo.

Otra de las circunstancias notables en esta observacion es el principio de la enfermedad. A consecuencia del cólera morbo se manifestaron los diferentes trastornos de la digestion, que la abertura del cadáver demostró ser resultado de una gastro-enteritis crónica. Cuando murió el enfermo hacía mucho tiempo que no existia diarrea, y los síntomas anunciaban que no habia inflamacion intestinal propiamente dicha; véase tambien qué especies de lesiones se hallaron en los intestinos: un simple desarrollo de las glándulas agmíneas de Peyero, y una coloracion pardusca del ciego. Ambas alteraciones permanecieron como vestigios de una inflamacion disipada ya; habia ademas un estado de hipertrofia de los ganglios del mesenterio, que probablemente era tambien resultado de una enteritis anterior.

En cuanto al estómago, la flegmasia crónica propagada al duodeno, de que era asiento, reveló su existencia por dos órdenes de síntomas: unos locales, que son aquellos que muchas veces hemos indicado, no existiendo el dolor epigástrico, sino momentáneamente, y de un modo accidental hasta cierto punto, bajo la influencia de una medicacion estimulante; y otros generales, resultado de irritaciones simpáticas de la afeccion principal; entre estos haremos notar sobre todo el malestar general, el quebrantamiento tan pronunciado de que se quejaba el enfermo, el hormigueo, la cefalalgia, las contracciones musculares, los latidos del corazon, y los dolores pasageros que esperimentaba en diversos puntos del cuerpo. ¡Cuántas veces se han llamado nerviosos semejantes síntomas, porque la lesion local de que son efecto simpático, se revela con síntomas tan poco pronunciados, que se escapan facilmente á la investigacion!

Por otra parte, parece que en este enfermo la afeccion del hígado fué consecutiva de la gastro-intestinal: la ictericia sobrevino mucho tiempo despues de haber empezado á desarreglarse las funciones digestivas. Del mismo modo que en muchos de los enfermos precedentes, no se halló obstáculo al curso de la bilis. Ademas debe advertirse que la afeccion del hígado estaba enlazada con una duodenitis crónica; á lo menos nos inclinamos á considerar como indicios, ó siquiera como ves-

tigios de ella, el color apizarrado de la mucosa del citado intestino, y la hipertrofia de sus folículos.

XXXVII.ª OBSERVACION.

Masas cancerosas desarrolladas en el hígado. Disminucion de su volúmen. Gastritis crónica. (Ulceras con induracion escirrosa del tejido sub-mucoso). Ictericia. Ascitis. Falta de dolor.

Un cavador, de 66 años de edad, que habia sido militar por el espacio de diez y ocho años, tuvo en el de 1784 en Chalons-sur-Seine una calentura intermitente cuartana, que durò nueve meses. Despues de la curacion de esta calentura continuò disfrutando de buena salud. Cerca de un año antes de la època de su entrada en la Caridad tuvo una caida, siendo rozado y contundido violentamente el epigastrio por un cuerpo duro. Poco despues sufriò una copiosa hematemesis, y desde entonces, sin esperimentar dolores epigàstricos, perdiò el apetito, tuvo con frecuencia diarrea, y se puso ictérico. Como cosa de dos meses antes de entrar en el hospital empezo à entumecerse el abdomen, sin que nunca hubiese dolor en ningun punto del vientre.

Estado del enfermo en la época de su entrada: ictericia general muy pronunciada; enflaquecimiento; fluctuacion evidente en el abdomen, que estaba muy entumecido é indolente en todos los puntos, sin presentar á la vista ni al tacto tumor alguno; lengua blanquecina sin rubicundez de la punta ni de los bordes; falta de sed; anorexia; ningun vòmito; tres ò cuatro càmaras lìquidas cada veinte y cuatro horas hacia muchos meses; materias fecales amarillas; pulso algo frecuente sin aumento de calor en la piel; orina rojiza y sedimentosa (*fumigaciones de bayas de enebro; fricciones á los miembros con alcohol alcanforado, y tintura de cantàridas, tisana de grama nitrada*).

En el transcurso del mes siguiente se debilitó cada vez mas el enfermo y muriò. En los últimos dias de la vida se hizo mucho mas considerable la diarrea, y se desarrollò un verdadero movimiento febril. Por otra parte, nunca habia sentido dolor alguno en la region hepàtica, en el epigastrio ni en el resto del abdomen. La ascitis continuó aumentando, y por último se infiltraron algo los miembros abdominales. El enfermo, que no tosia antes, espectoró tambien en la misma época bastante cantidad de esputos verdosos, puriformes, y que se precipitaban al fondo del agua.

ABERTURA DEL CADAVER.

Tinte amarillento en la piel, marasmo, derrame de gran cantidad de serosidad liquida en el peritòneo, que por lo demas no presentaba ningun vestigio de serosidad antigua ni reciente.

El hìgado ocupaba solo un pequeño espacio detrás de las últimas costillas derechas: su volúmen era de un modo manifiesto menor que en el estado normal; su tejido tenia un color pardo verdoso, y su densidad no se hallaba notablemente aumentada. En su interior se encontraron cinco ò seis masas blanquecinas del volùmen de nueces gruesas poco mas ó menos, cuatro duras y recorridas por algunas líneas rogizas ò manchadas de puntos del mismo color, y las otras dos reblandecidas, habiendo en una de ellas un poco de san-

gre mezclada con el detritus blanquecino de la masa. Ninguna formaba prominencia, ni era visible al esterior del hígado.

Los conductos escretores de la bilis parecian hallarse en su estado normal.

El bazo era del volúmen, color y consistencia ordinarias.

En la cara interna del estómago, y hàcia el fondo, existia una estensa úlcera, que tendria cuando menos el tamaño de un duro. Sus bordes elevados estaban formados por la membrana mucosa roja y entumecida; en el fondo se encontrò primero el tegido celular sub-mucoso, transformado en una materia de color blanco mate, que tenia muchas lineas de grueso, y debajo de este la membrana muscular, que no presentaba en todos los sitios el mismo aspecto: en muchos puntos, y sobre todo en la circunferencia de la úlcera, ofrecia mayor grueso; y donde esto acontecia se hallaba dividida en haces ó lóbulos por medio de intersecciones blancas como fibro-celulares, que por una parte se adherian al tegido celular sub-mucoso, y por otra al sub-peritoneal. En las inmediaciones del centro de la úlcera no se percibia con tanta facilidad la membrana muscular; solo se presentaba en forma de haces separados por grándes intervalos, y ocupados únicamente por masas de tegido celular en estado de induracion blanca. Estas masas eran al parecer una exageracion de las simples estrias blancas de la circunferencia. Reproduciendo la esplicacion que hemos dado en otro punto, diremos que á medida que el tegido celular que constituye las lineas y masas se desarrollaba mas, desaparecia en parte la túnica muscular apretada y comprimida. En otros puntos donde el tegido blanco homogéneo era mas predominante, no existian realmente mas que restos de la túnica muscular en forma de puntos aislados. Fuera de la úlcera no ofreció ninguna alteracion apreciable la túnica mucosa del resto del estómago.

Por debajo de la úlcera que acabamos de describir entre el estómago y el bazo, existian ganglios linfáticos voluminosos, que habian sufrido la induracion blanca (escirrosa), y unian intimamente entre sí los dos òrganos.

La membrana mucosa de la terminacion del ileon estaba vivamente inyectada de rojo; la de los intestinos gruesos engrosada y teñida de un gris moreno.

Los òrganos toràcicos en estado sano. La superficie interna de la aorta, de los cartilagos costales y de la dura madre, teñidas de un amarillo muy pronunciado.

En este sugeto parece que á consecuencia de una violencia esterior sobrevino la afeccion del estómago, y consecutivamente la del hígado. La enfermedad empezó por un síntoma de los mas graves, por una hematemesis; y sea que este vómito de sangre resultase de la rotura de un vaso grueso, ocasionada por la caida sobre el epigastrio, sea que dependiese de la simple exhalacion de los capilares en estado de congestion, lo cierto es que fué seguido de una doble desorganizacion en el estómago y en el hígado, que no fué revelada por ningun dolor. Solo há-

cia el fin de la enfermedad, cuando ya contaba mucho tiempo la profunda alteracion de las fuerzas nutritivas, sobrevinieron la ictericia y la ascitis como únicos síntomas de la afeccion del hígado. Para esplicar la ascitis hallamos á mas de las masas cancerosas la diminucion de volúmen del hígado, que hemos visto coincidir frecuentemente en las observaciones antes citadas, con la existencia de colecciones de serosidad en el peritóneo. En cuanto á la ictericia tampoco puede esplicarse en este caso por ningun obstáculo en los conductos de escrecion de la bilis, y ademas estamos ciertos por la naturaleza de las cámaras que durante la vida descendia la bilis al duodeno.

¿Dejaremos de notar tambien cuán grave era la alteracion del estómago, y cuán poco pronunciados los síntomas que la anunciaron? Repugnancia á los alimentos, y nada mas...!

En la proximidad de la úlcera del estómago se habian desarrollado los gánglios linfáticos, como lo verifican con mas frecuencia en la proximidad de las inflamaciones agudas ó crónicas de los intestinos.

Parécenos que el aumento de la diarrea y el movimiento febril de los últimos dias reconocieron por causa la inyeccion roja de la terminacion del ileon, al paso que el estado del intestino grueso esplica el antiguo flujo intestinal. Sucumbió, pues, este sugeto como otros muchos á consecuencia de una inflamacion aguda, hallándose debilitado por una afeccion crónica.

XXXVIII.ª OBSERVACION.

Cáncer del hígado y del estómago. Ictericia, que fué el único signo de la afeccion del estómago.

Un buhonero, de 64 años de edad, tuvo por muchos años digestiones laboriosas sin vomitar nunca, ni sentir dolor alguno en el epigastrio. Poco á poco llegó al último grado de marasmo y debilidad. Seis semanas antes de entrar en el hospital se puso ictérico, no teniendo por otra parte dolor de ninguna especie en la region hepática, ni apariencia de tumor, ni resistencia en el hipocondrio derecho, ni en los demas puntos del vientre, y faltando todo indicio de hidropesia. Las cámaras eran negras y líquidas.

La abertura del cadáver demostró que el hígado no habia aumentado de volúmen, y visto por su superficie no aparecia enfermo. Sin embargo, apenas se hizo una incision en él, se percibió que una parte de su tegido habia sido reemplazado por masas voluminosas, blancas y bastante friables, recorridas por numerosos vasos; estos se aislaban con facilidad, y se continuaban como cabellos muy finos con los mismos del parenquima hepático; en otros puntos se veian ademas restos del hígado, que no dependian de lo demas del órgano sino por los mismos vasos que atravesaban la sustancia morbosa.

Los conductos escretores de la bilis se encontraron sanos.

En vez del tegido celular sub-mucoso de la porcion pilórica del estómago se halló una masa escirrosa, interpuesta entre la mucosa y la túnica muscular, que estaba hipertrofiada y dividida en lóbulos por medio de filamentos blanquecinos, que del tegido celular sub-mucoso endurecido (escirroso) se estendian al sub-peritoneal. La mucosa no presentaba mas alteracion que reblandecimiento, con alguna rubicundez en varios puntos.

En el duodeno nada notable habia.

Las paredes de una gran parte del cólon ofrecian el mismo género de alteracion que las del estómago. Estaban duras, considerablemente engrosadas, y rechinaban al cortarlas. En sus paredes, procediendo de fuera adentro, se encontró: 1.° entre el peritóneo, que se conservaba sano, y la túnica carnosa una membrana blanca y dura, de muchas líneas de grueso (tegido celular sub-peritoneal engrosado y endurecido); 2.° la túnica muscular muy hipertrofiada; 3.° en vez del tegido celular interpuesto entre ella y la membrana mucosa, una capa gruesa formada por un tegido duro y de un blanco agrisado, y 4.° la membrana mucosa tambien engrosada, muy densa, y de un gris pardusco.

El bazo tenia el tamaño, color y consistencia ordinarias.

En el vértice de los pulmones existian algunos tubérculos cretáceos, con induracion negra á su alrededor.

Esta observacion ofrece un ejemplo de afeccion cancerosa del hígado, sin aumento de volúmen del órgano, sin dolor, hidropesía, ni mas signo, en una palabra, que la ictericia, la cual coincidió tambien con un estado sano de los conductos escretores de la bilis. Nada prueba que hubiera en este caso afeccion del duodeno, pero se hallaron inflamados crónicamente el estómago y el cólon. Nos parece poco exacto confundir con un mismo nombre la especie de alteracion que habian sufrido estas partes del tubo digestivo y la del hígado. ¿En efecto, qué encontramos en el estómago y en los intestinos gruesos? una hipertrofia, una induracion de los diversos tegidos subyacentes á la membrana mucosa. ¿Acontece por ventura lo mismo en las masas blanquecinas desarrolladas en el hígado? ¿Son el resultado de una simple alteracion de testura del tegido del órgano? Nada autoriza á creerlo; antes al contrario debe pensarse que eran una verdadera produccion nueva, depositada por secrecion en el parenquima hepático, como en otros sugetos se deposita el pus en el mismo parenquima, y como se depositan los tubérculos en los pulmones y en otros puntos.

Esta es la primera observacion en que vemos anunciada por un solo signo la afeccion del hígado: lo mismo acontece en las que siguen.

XXXIX.ª OBSERVACION.

Cáncer del hígado; la misma degeneracion en el estómago, el páncreas y el epiploon. Tumor indolente en el hipocondrio derecho. Desarreglo de las funciones digestivas. Falta de ictericia y de hidropesía.

Una mujer, de edad de 43 años, disfrutó de buena salud hasta la de 40; entonces cesó de tener la menstruacion, y casi al mismo tiempo se desarreglaron sus digestiones, sin que por otra parte esperimentase verdadero dolor en el epigastrio. No tenia apetito, y la introduccion en el estómago de los pocos alimentos que tomaba era seguida de mal estar general, y de una sensacion de plenitud en el estómago, con frecuentes eructos ácidos. En esta primera época de su enfermedad hizo uso del ruibarbo, y luego de la quina, sin obtener ningun alivio; antes al contrario, á consecuencia del uso de la quina que tomaba en cocimiento, empezó á tener vómitos, que despues se reproducian con intervalos mas ó menos distantes. Las materias vomitadas eran de tres especies: ya consistian en los mismos alimentos, ya en mucosidades abundantes, ya en una materia pardusca, que la misma enferma comparaba con los posos del café.

Cuando empezamos á observar á la enferma, contaba ya cerca de tres años de existencia la afeccion gástrica, y habia llegado á su último período: eran estremados el enflaquecimiento y la debilidad; la cara tenia un color amarillo de paja muy pronunciado, pero no habia indicio alguno de ictericia. El hígado se percibia de un modo manifiesto en los dos hipocondrios, y en el epigastrio, en la estension de dos á tres dedos por debajo de las costillas, y era fácil seguir su borde cortante. La enferma no experimentaba dolor en ningun punto del abdomen ni del torax, ni tampoco le determinaba la presion. La lengua solo estaba pálida, habia frecuentes eructos ácidos, y casi todos los dias desde algun tiempo antes existian vómitos de las materias indicadas anteriormente; las cámaras eran raras, parduscas y duras; el pulso pequeño y frecuente, y la piel estaba caliente y seca. (*Tisanas demulcentes, leche aguada*).

Pocos dias despues de la entrada de la enferma se la aplicaron *dos vejigatorios á las piernas*, que determinaron una viva irritacion del sistema nervioso. Al siguiente dia se la halló en un estado de estremada agitacion. El dolor, que decia sentir en el sitio del vejigatorio, la hacia dar gritos agudos, y el pulso pequeño y comprimido habia adquirido una gran frecuencia (*se cubrieron los vejigatorios con una cataplasma emoliente*). Durante el dia sucedió un profundo anonadamiento físico y moral á la exaltacion nerviosa, tan notable por el estado de debilidad en que se hallaba la enferma. Por la tarde se halló cubierta de una capa negra la superficie de los vejigatorios. Ocurrió la muerte al siguiente dia por la mañana.

ABERTURA DEL CADAVER.

Estado de marasmo, ningun indicio de ictericia ni de hidropesía.

Nada notable en el cerebro ni en sus membranas. Los ventrículos enteramente vacíos de serosidad.

Los órganos toràcicos sanos.

El hígado llegaba, como se habia comprobado durante la vida, hasta el hipocondrio izquierdo, y escedia tres dedos del borde de las costillas, tocando à la cresta iliaca en el lado derecho, y ocultando enteramente al estómago. Su esterior tenia un color rogizo, interrumpido en muchos sitios por un tinte blanco sucio. Donde existía este último se percibia con el dedo una fluctuacion manifiesta, que correspondia en efecto à estensas cavidades llenas de una especie de papilla, cuyo color variaba desde el gris sucio hasta el rojo. En cualquier sitio del órgano, que se hiciese una incision, se penetraba en semejantes cavidades. Muchas contenian una materia mas sólida, que con una ligera presion podia quebrantarse facilmente, y transformarse en una papilla semejante á la contenida en las otras. Por último, tan solo en tres sitios se hallaron como engastados en el tegido del hígado tres tumores del tamaño de una nuez gruesa, formados por una materia de color blanco mate, recorrida por líneas rojizas, y que presentaba tambien algunos puntos de su estension transformados en un líquido pultàceo de un gris rogizo sucio.

La vejiga de la hiel estaba distendida por bilis muy negra y espesa. En los conductos no habia cosa notable.

Quitado el hígado se descubrió otro tumor voluminoso, limitado hàcia arriba por el cuerpo del estòmago, hàcia abajo y à los lados por las tres porciones del duodeno. Estaba formado por una materia de apariencia inorgànica de color blanco mate, dura, y que rechinaba bajo el escalpelo. A su lado izquierdo no se hallò mas que un pequeño vestigio del pancreas. Comprendiendo en un solo corte esta glàndula y el tumor, se veia desaparecer de repente el tejido sano de la primera, y reemplazarle el de la segunda. En la superficie interna del tumor se percibieron aun algunas granulaciones esparcidas de la glàndula.

El tumor que acabamos de describir se continuaba con otros muchos de la misma naturaleza, que rodeaban la estremidad pilòrica del estómago, y el principio del duodeno.

En la estension de cuatro à cinco dedos desde el piloro se halló, en vez de las diversas túnicas que constituyen las paredes del estómago, un tejido homogéneo, blanco y duro. En el mismo espacio estaba destruida la membrana mucosa, y en el fondo de la úlcera que resultaba de su destruccion, existia una materia pultàcea blanquecina de una á dos líneas de grueso.

Por último, en el mismo espesor del grande epiplon inmediatamente por debajo del colon transverso se habia desarrollado un tumor del grueso de un huevo de avestruz, formado como el que circunscribia al duodeno por una materia homogénea, dura, y de un blanco mate.

¿No es una circunstancia notable en esta observacion, que á pesar del gran número de producciones accidentales llamadas cancerosas que se habian desarrollado en los diversos puntos del abdomen, no sintiese nunca dolor alguno? El enorme tumor formado por el hígado fué siempre indolente, y sin embargo las masas cancerosas que habian remplazado en gran

parte al tegido hepático, estaban del todo reblandecidas, se habian mezclado con sangre, y ademas se encontraban casi en contacto inmediato con el peritóneo de la periferia del hígado.

Tampoco hallamos indicio alguno de ictericia, sino solo el tinte amarillo de paja de la cara, que acompaña á cierto número de afecciones cancerosas, y que mas de una vez ha servido para distinguir durante la vida la simple flegmasia crónica de un tegido de su dejeneracion orgánica.

La del pancreas, de que suministra un ejemplo esta observacion, es un hecho raro de anatomía patológica. Por lo regular se halla intacto en medio de las desorganizaciones mas graves del estómago y de los demas tegidos que le rodean. ¿No parece, pues, que el que sobre todo se alteró y endureció fué el tegido celular interpuesto entre las granulaciones del pancreas, y que á medida que progresaba su desarrollo, se atrofiaron las granulaciones, acabando por desaparecer? Hemos visto muchas veces seguir el mismo curso á la desorganizacion que acabamos de indicar, en las glándulas salivales, y una en la lagrimal. Aun eran distintas sus granulaciones, pero esparcidas y separadas unas de otras por el tegido celular engrosado y endurecido.

No olvidemos observar los terribles efectos que produjo en este sugeto la aplicacion de los vejigatorios á las piernas. ¡Qué ejemplo mas notable puede darse de las disposiciones individuales! Asi en ciertos enfermos el mas ligero irritante introducido en las vias digestivas produce el desarrollo de los accidentes mas graves, al paso que en otros permanecen sin efecto los drásticos mas violentos.

XLª. OBSERVACION.

Cancer del hígado y del estómago. Ascitis sin ningun otro síntoma de afeccion del hígado.

Un cavador, de 65 años de edad, tuvo por el espacio de un año una diarrea habitual (tres ó cuatro cámaras líquidas cada veinte y cuatro horas, precedidas de cólicos), y en los dos últimos meses esperimentó algunos dolores en el epigastrio, teniendo eructos ácidos despues de las comidas y algunas veces náuseas. Durante el último mes tuvo ascitis y ligero edema en los miembros, sin sentir por otra parte ningun dolor en el abdomen, no habiendo tenido nunca dolorido el hipocondrio derecho, ni la piel ictérica. Este individuo se debilitó cada vez mas, y murió.

ABERTURA DEL CADAVER.

Derrame considerable de serosidad transparente en el peritóneo. El hígado, del tamaño ordinario, oculto detrás de las costillas, parecia sano al esterior, pero

interiormente se hallaba sembrado de gran número de masas cancerosas, muchas de las cuales estaban reblandecidas. Estas masas ocupaban cerca de las tres cuartas partes del órgano, cuyo tegido sano se reducia de esta suerte á un pequeño volúmen. Nada notable habia en los conductos escretores de la bilis. La superficie interna del estómago presentaba hacia la pequeña corvadura una úlcera mayor que un duro, en cuyo fondo y bordes se halló el tegido celular sub-mucoso considerablemente engrosado y escirroso, y la túnica carnosa hipertrofiada. La membrana mucosa de los intestinos gruesos estaba pálida y muy reblandecida. En la terminacion de los intestinos delgados habia un poco de rubicundez.

El vértice de los dos pulmones estaba negro y duro, y en medio de esta porcion endurecida habia granos pequeños de consistencia petrosa.

No hûbo en este sugeto tumor ni dolor presente ó pasado, ni ictericia actual ó antecedente que caracterizase la afeccion del hígado. La ascitis, que segun podia conocerse con facilidad, no dependia de una enfermedad del corazon, y que tampoco parecia ser consecuencia de una inflamacion del peritóneo, podia inclinar á pensar que habia una lesion en el hígado; pero si por esta ascitis se hubiese querido anunciar la naturaleza de la afeccion hepática, se hubiera diagnosticado mas bien la existencia de uno de esos hìgados duros, disminuidos de volúmen, *arrugados*, granulosos ó cirrosos, de que hemos hablado antes, que la de un hígado canceroso; porque esta lesion produce con menos frecuencia que la primera la ascitis, sin ningun otro síntoma.

Notemos, como en la mayor parte de las demas observaciones nuestras, la existencia simultánea de las afecciones del hígado y del tubo digestivo, sin que tampoco haya sido el duodeno especialmente invadido.

Finalmente, llegamos á los casos mas oscuros en que habiendo simultaneidad de afecciones, solo puede reconocerse durante la vida la del tubo digestivo, no induciendo á sospechar la existencia de la lesion hepática ningun fenómeno morboso por parte de este órgano.

XLI.ª OBSERVACION.

Tumores cancerosos del hígado, sin existencia de ningun signo de afeccion del órgano. Gastritis crónica.

Un hombre, de 56 años de edad, que habia disfrutado toda su vida buena salud, vomitò por tres dias consecutivos una gran cantidad de sangre. Desde esta época se desarreglaron sus digestiones, siendo penosa la introduccion de toda especie de alimentos en el estómago: tenia habitualmente poco apeti-

to, y frecuentes regurgitaciones, vomitando rara vez; todo el tiempo que duraba la digestion arrojaba muchas mucosidades acuosas, y no se quejaba de ningun dolor en el epigastrio ni en el hipocondrio derecho.

A los diez meses entró en el hospital, hallándose muy flaco, pero con el color de la cara poco alterado. Tomó por tisana el *agua de ternera emulsionada*, y se le administró de cuando en cuando *magnesia á la dosis de dos dracmas*. En los doce ó quince dias que pasó en el hospital no vomitó, y fueron los eructos mucho menos frecuentes. Solo tomaba para alimentarse algunas cremas de arroz y caldos. Su pulso fué siempre lento, y la lengua estuvo natural.

Murió de repente el dia 2 de abril, cuando se felicitaba por la mejoría de su estado, quejándose solo de una anorexia completa, y conservando aun bastantes fuerzas.

ABERTURA DEL CADAVER.

El cerebro sano, del mismo modo que el corazon y los pulmones, que no estaban ingurgitados.

El estómago apenas tenia el tamaño de un intestino delgado; estaba enteramente cubierto por el cólon, y á lo largo de la pequeña corvadura se adheria al hígado mediante antiguas bridas celulares. En la cara interna, inmediatamente por debajo del orificio cardiaco, presentaba un espacio de la estension de dos duros reunidos, en el cual se hallaba destruida la membrana mucosa, constituyendo el tegido laminoso el fondo de la úlcera. En todo este espacio tenian las paredes del estómago dos dedos á lo menos de grueso; estaban formadas por un tegido de color blanco mate, atravesado por líneas rogizas entrecruzadas; en medio de este tegido existian dos ó tres placas anchas de un hermoso negro subido, ofreciendo todos los caractéres de la melanosis. Una de las placas se hallaba en el fondo de la úlcera. Al rededor de esta aparecia la mucosa irregularmente cortada, y presentando de ocho á diez vegetaciones parduscas, que formaban por encima del resto de la membrana una prominencia de media á una línea, y que consistian al parecer en una espansion de la mucosa, teniendo tambien analogía con los tumores hemorroidales. La mucosa gástrica estaba blanca y un poco reblandecida en el resto de su estension.

En el espesor mismo del hígado existian dos gruesas masas cancerosas, que se aislaban bien del tegido de la víscera, donde parecian engastadas, y que se hallaban formadas por tegido encefaloideo en estado de crudeza.

En esta observacion notaremos: 1.° la falta completa de toda especie de signo que pudiese hacer sospechar la existencia de cualquier afeccion del hígado; 2.° la hematémesis, que marcó el principio de la gastritis crónica; 3.° la alteracion inflamatoria que sufrió el estómago; y 4.° el modo repentino é impre-

visto como sobrevino la muerte, sin que la esplicase la abertura del cadáver.

XLII.ª OBSERVACION.

Cáncer del estómago y del hígado. Hipertrofia interna del ventrículo izquierdo del corazon. Osificacion de la aorta.

Un fabricante de carton, de 60 años de edad, esperimentaba hacia muchos años un poco de opresion, que se aumentaba cuando andaba de prisa ó subia por algun plano inclinado. Cinco años antes habia esperimentado violentos pesares, y desde la misma época se desarreglaron las digestiones. Por lo demas nunca hizo uso de licores espirituosos, ni se entregó á escesos de ninguna especie. Al principio tuvo largos intervalos de anorexia completa; y por la mañana arrojaba muchas veces como por regurgitacion bastante cantidad de un líquido claro, filamentoso y bastante agrio, que llamaba pituita. Mas adelante empezó á esperimentar en el epigastrio siempre que comia la sensacion como de una barra, y decia que de cuando en cuando parecia que le aplicaban un hierro hecho ascua al trayecto del esófago. Sin embargo, continuó entregándose á sus ocupaciones habituales; pero cuatro meses antes que le viéramos nosotros se manifestaron síntomas mas graves, como son, vómitos frecuentes, que sobrevenian por lo regular ocho á diez horas despues que tomaba algun alimento; enflaquecimiento, y disminucion sensible de las fuerzas. Al mismo tiempo se delinearon de un modo mas claro los síntomas de la enfermedad del corazon; la opresion se hizo mas considerable, y se puso edematosa la circunferencia de los maleolos.

Entró en la Caridad á mediados de julio, presentando el siguiente estado: Marasmo muy adelantado; cara pálida, con coloracion viva en las mejillas; debilidad tal, que no podia levantarse para mover el vientre, permanecia medio sentado en la cama, y se ahogaba cuando se acostaba en posicion horizontal; los pies y la parte inferior de las piernas estaban edematosos; la lengua pálida y cubierta en el centro de una ligera capa amarillenta. La boca tenia habitualmente un gusto amargo desagradable, y no habia sed. El enfermo se quejaba entonces de la sensacion, como de una corriente de fuego que se estendiese desde el pubis hasta el medio del esternon. Cuando comia ó bebia se desarrollaba un dolor, un calor abrasador en el espacio comprendido entre el apéndice xifoides y el ombligo; con frecuencia tenia eructos ácidos, y vomitaba casi todos los dias materias parduscas; no sentia el menor apetito, y decia desear toda especie de alimentos; pero al presentárselos le repugnaban. Tocando el abdomen se hallaba muy tenso en toda la region epigástrica, y la presion escitaba dolor hácia el hipocondrio derecho. Inmediatamente debajo, y al lado izquierdo del apéndice xifoides, habia un tumor abollado, movible y dolorido á la presion, la cual escitaba náuseas; el resto del vientre estaba blando é indolente; habia constipacion habitual, no se notaba calentura, y el pulso tenia la fuerza ordinaria, pero estaba duro. *(Tisanas emolientes, magnesia, lavativas emolientes y dieta.)*

Todas las mañanas siguientes encontramos medio lleno el orinal de materias, semejantes por su color á los posos de café, que vomitaba el enfermo durante todo el dia. Por lo demas no nos ofreció ningun síntoma nuevo; pero

la debilidad hizo progresos ràpidos; se ulcerò la cornea transparente del ojo derecho; tomò la cara un aspecto cadavérico, y muriò el paciente el 5 de agosto.

La estremada movilidad del tumor fué el principal fenómeno que llamò nuestra atencion. Ora le hallamos inmediatamente debajo del apéndice xifoides, ora dos ó tres dedos mas abajo, ora en la linea media, ora á la izquierda ó à la derecha del apéndice.

ABERTURA DEL CADAVER.

Abdomen. La porcion esplénica del estómago se estendia hasta el ombligo, dilatàndose en forma de saco, y estaba llena de un liquido pardo oscuro; la porcion pilórica estrechada ofrecia en sus paredes un considerable engrosamiento, que empezaba un poco al lado izquierdo del apéndice xifoides, y continuaba hasta el piloro. En toda la estension reblandecida se hallaban formadas las paredes del estòmago por un tegido homogéneo de un blanco azulado semi-transparente, que rechinaba bajo el escalpelo, y horadado por gran número de areolas pequeñas y llenas de un liquido incoloro y gelatiniforme. Sin embargo, en medio de este tegido homogéneo se percibian aun lineas de demarcacion entre las membranas mucosa, laminosa y muscular. La mucosa presentaba en su cara libre un color rojizo, y parecia como fungosa; en la porcion esplénica era blanca y consistente. Cesaba de percibirse de repente la tùnica muscular donde empezaba la alteracion. El resto del conducto intestinal se encontrò sano.

En la superficie del hìgado y en su interior existian una gran cantidad de masas blanquecinas y cancerosas de mediana consistencia. En sus intervalos no parecia hallarse alterado el parenquima de la viscera, que se prolongaba por medio de una lengüeta delgada hasta el bazo.

Torax. Los pulmones se hallaban sanos y poco ingurgitados. Apenas podia introducirse la estremidad del dedo pequeño en el ventrìculo izquierdo, cuyas paredes estaban muy hipertrofiadas. Las vàlvulas aórticas se encontraban sanas; pero inmediatamente debajo de ellas existia en toda la circunferencia de la arteria un circulo huesoso, que formaba una prominencia considerable en su interior; en el mismo punto se habia destruido la membrana interna, y la osificacion se hallaba en contacto inmediato con la sangre. En el resto de la aorta toràcica y abdominal aparecian numerosas placas huesosas bastante aproximadas unas à otras, y en cuya parte superior se habia destruido tambien en muchos puntos la membrana interna. Inmediatamente encima de la bifurcacion de la aorta, y en el punto de origen de los vasos que nacen de ella, se veian asperezas aceradas y huesosas, de cuatro à cinco lineas de largo, y en todo semejantes à las esquirlas pequeñas de un hueso fracturado. Se concibe que agrandàndose cada vez mas semejantes producciones, hubieran acabado por dificultar considerablemente el curso de la sangre en las estremidades inferiores. En las divisiones de la aorta no existia ninguna osificacion.

En esta observacion como en la precedente, nada inclinó á sospechar durante la vida la existencia de una afeccion del hígado.

§. III.

Observaciones acerca de los hidatides del hígado.

XLIII.ª OBSERVACION.

Hidatides en el hígado y en el bazo. Dolor hácia el hipocondrio derecho; ictericia; demacracion.

Un sochantre, de 31 años; que por mucho tiempo habia abusado de los licores alcohólicos, tuvo viruelas tres años antes de entrar en el hospital, habiendo disfrutado hasta entonces de buena salud. Durante los cinco meses que siguieron á la convalecencia del exantema, padeció una diarrea acompañada de dolores abdominales poco vivos. No tardó en desaparecer este flujo, que al principio se abandonó á sí mismo, bajo la influencia de una dieta continuada y de algunas aplicaciones de sanguijuelas al ano; pero algun tiempo despues empezó á sentirse hácia el hipocondrio derecho un dolor sordo, que era habitualmente mas vivo durante la noche. Por cerca de dos años no fué acompañado este síntoma de ninguno otro grave; al cabo de este tiempo empezó el enfermo á perder su gordura y fuerzas, aunque no se aumentaba el dolor del hipocondrio. Sin manifestarse mas fenómeno local fué enflaqueciendo de esta suerte por espacio de seis meses: tan solo se reproducia de cuando en cuando la diarrea. El apetito era bueno, y para aumentar las fuerzas que perdia, aumentaba este individuo diariamente las dosis de vino y licores fuertes á que estaba habituado hacia mucho tiempo. Por último seis meses antes de entrar en la Caridad echó de ver una ictericia que era al principio ligera y limitada á la cara, haciéndose en seguida general y muy pronunciada. Tales fueron los datos que nos dió el enfermo: véase al presente el estado en que nosotros le observamos.

Tenia una estremada alegría, y estaba lleno de esperanzas para el porvenir. Sin embargo habia llegado ya á un grado considerable de marasmo, y el color verdoso de la piel anunciaba una lesion grave en el hígado. Hácia las últimas costillas derechas y en el hipocondrio existia una especie de peso, una sensacion penosa, mas bien que verdadero dolor, y que el mismo enfermo espresaba diciendo esperimentar un embarazo en dichas partes. El tacto no daba á reconocer ningun tumor, y el resto del abdomen se hallaba blando é indolente. Se habia conservado el apetito, y hacia muchos meses que existia mas habitualmente constipacion que diarrea. No se notaba ningun indicio de hidropesía, el pulso carecia de frecuencia, y no habia aumento de calor en la piel. Las orinas eran raras y rojas. (*Se prescribieron solo algunas tisanas diluyentes y media racion*, que el enfermo comia con placer.

En el mes siguiente no presentó ningun cambio el estado que acaba de describirse; pero despues sin dolor de costado preliminar, y sin que aparecieran los esputos característicos, se dificultó de repente la respiracion; la aus-

cultacion dió à reconocer desde luego el estertor crepitante, y en seguida una respiracion bronquial muy pronunciada en el espacio comprendido entre la clavícula derecha y la tetilla del mismo lado, y detràs en las fosas supra é infra-espinosas. En la misma estension era el sonido macizo. Al mismo tiempo hubo alteracion repentina y profunda de las facciones, pulso pequeño y aparicion de una erisipela en la cara, que coincidió con aumento de la postracion. Murió el enfermo al sesto dia de presentarse la disnea.

ABERTURA DEL CADAVER.

Grande enflaquecimiento, retraccion de las paredes abdominales, tinte amarillo verdoso muy pronunciado de toda la piel, ningun indicio de hidropesia. Visto el hìgado esteriormente parecia sano, pues tenia el volùmen y color ordinarios; pero apenas se penetrò con el escalpelo ocho à diez lìneas al lado derecho del gran ligamento suspensorio, salió con fuerza un liquido transparente à manera de saltador, que procedia de un saco bastante grande para poder contener una naranja, y ocupado por siete á ocho acefalocistes, de los que uno era mas voluminoso que los otros. El hidatide mayor estaba hueco, y parecia contener el liquido transparente que saltó por la incision. En efecto el que rodea las hidatides suele ser amarillo y turbio. Las paredes del saco estaban formadas por una membrana fibrosa, densa, resistente y de muchas lìneas de grueso, que por su superficie esterna se hallaba en contacto con el mismo parenquima del hìgado, adhiriéndose á él por algunos filamentos célulo-vasculares. La superficie interna era lisa, y presentaba una organizacion serosa, hallàndose bañada por el liquido en que nadaban los hidatides. En el resto del hìgado no se encontró ninguna otra alteracion apreciable.

El bazo parecia tambien sano al esterior; pero à beneficio de la incision se hizo saltar un liquido semejante al que salió del hìgado, y que provenia de un acefalociste grueso que contenia otros muchos, y se encontró en el seno de una cavidad formada en el parenquima esplènico. Esta cavidad diferia de la hallada en el hìgado, en que solo tapizaba sus paredes una membrana celular muy delgada.

El estòmago estaba perfectamente sano, del mismo modo que el duodeno y los cuatro quintos superiores de los intestinos delgados. En el quinto inferior se hallaron las glàndulas agmìneas de Peyero mas desarrolladas que de costumbre y desiguales en su superficie, siendo las unas de un blanco agrisado, y las otras negruzcas. En la misma porcion intestinal se encontraron tambien muy aparentes los folìculos aislados, presentando un punto central negro y un circulo del mismo color en su circunferencia. La superficie interna del ciego y de una parte del colon ofrecia un tinte apizarrado; en el mismo sitio se hallaron numerosos folìculos.

En las demas vìsceras del abdomen no habia nada notable.

Hepatizacion gris en el lòbulo superior del pulmon derecho.

Algunos copos albuminosos en la pleura del mismo lado con rubicundez de la misma.

En la observacion que acabamos de leer debe llamar la atencion primeramente la imposibilidad de reconocer por ningun signo distintivo durante la vida la especie de alteracion sufrida por el hígado. En efecto ¿qué signo hallamos de la enfermedad del hígado? Lo mismo que nos han manifestado las observaciones anteriores, en las que sin embargo era bien diversa la lesion orgánica: un dolor oscuro y la ictericia. Asi que, haya simple congestion sanguínea del hígado, hipertrofía ó atrofía, induracion ó reblandecimiento de su parenquima, formacion de abscesos, ó desarrollo de tumores cancerosos en su interior, produccion de hidatides, etc., el resultado de estas lesiones infinitamente variadas, son síntomas á veces diferentes, pero con mucha frecuencia idénticos. Sin duda seria mas fácil y cómodo al observador poder asignar á cada una de estas lesiones un grupo particular de síntomas; decir, por ejemplo, los dolores lancinantes caracterizan constantemente el cáncer del hígado, las hidatides son siempre indolentes, etc. Esto es en efecto lo mas general; pero por otro lado hay cánceres del hígado sin dolor, y se ven hidatides acompañadas de dolores, á veces muy vivos, en los diversos periodos de su existencia. Importa mucho al práctico el conocimiento de los casos escepcionales para la seguridad del diagnóstico.

Otra circunstancia digna de notarse es la inflamacion intestinal que precedió aquí al desarrollo de las hidatides del hígado, como precede con mas frecuencia al de una hepatitis ordinaria aguda ó crónica. Recordemos con este motivo los casos que hemos citado en otra parte, y en los que hemos visto desarrollarse bajo la influencia de un mismo órden de causas, á saber, las violencias esteriores, abscesos del hígado, hidatides de este órgano, una atrofía, y por fin la degeneracion cancerosa de su parenquima.

El dolor fué por mucho tiempo el único fenómeno que reveló la existencia de una afeccion del hígado; y este dolor, segun nos dijo el enfermo, era mas fuerte durante la noche: hecho que unido á otros muchos puede servir para demostrar que el carácter de aumentarse por las noches no es esclusivo de los dolores sifilíticos: se observa por ejemplo con frecuencia en los casos de simples dolores reumáticos. Es por otra parte notable que los mismos hidatides, cuyo desarrollo en el hígado fué acompañado de dolores, no los determinasen en el bazo.

Seria muy difícil esplicar la produccion de la ictericia en este caso, pues la afeccion del hígado dejó perfectamente sana la mayor parte de su parenquima, y los conductos biliarios estaban tambien esentos de toda lesion.

El individuo estaba marasmódico, y se aproximaba lentamente hácia el sepulcro, sin que nada anunciase aun su próximo fin. Las funciones principales, aquellas cuya integridad es mas esencial para el sostenimiento de la vida, no se habian comprometido todavía. En efecto, no se habia trastornado la circulacion á pesar de la doble accion patológica, cuyo principal asiento residia en el hígado y en el bazo; la respiracion estaba libre y la digestion gástrica (cosa notable en una enfermedad de tan larga duracion) se egecutaba convenientemente. Habia deseo de alimentos, parecia verificarse la quilificacion; pero en vano era conducida con la sangre á los diferentes órganos la materia formada y absorvida en los intestinos, pues no se asimilaba á los tegidos. En este caso el movimiento anormal de nutricion que se verificaba en el hígado y el bazo impedia el cumplimiento del nutritivo general.

En tal estado de cosas se apoderó de una parte del parenquima pulmonar una inflamacion aguda, y como en otros muchos casos, en que complica una pulmonía á una enfermedad crónica, estuvieron lejos de ser francos los síntomas inflamatorios. No se observó ninguna espectoracion característica, ningun dolor, aunque despues de la muerte se hallaron en la pleura vestigios indudables de flegmasia; tan solo apareció una gran disnea, y ademas determinó la inflamacion pulmonar por hallarse ya debilitado el sugeto, una repentina depresion de las fuerzas, un estado adinámico, á cuyo aumento contribuyó tambien la erisipela facial. Iguales síntomas determinan con mucha frecuencia en semejantes circunstancias una flegmasia gástrica ó intestinal.

No debe olvidarse que por mucho tiempo estuvo sujeto el enfermo á una diarrea, reemplazada por intervalos con el estado contrario. El desarrollo insólito de las glándulas agmíneas de Peyero, la hipertrofía de otros folículos aislados con aparicion de color negro en su centro y circunferencia, y el tinte apizarrado de una parte de los intestinos gruesos, son otras tantas lesiones que anuncian un estado inflamatorio antiguo del tubo digestivo.

XLIV.ª OBSERVACION.

Hidatides del hígado desarrollados sin síntomas. Peritonitis aguda consecutiva á la abertura de un saco hidatífero en el peritóneo.

Una mujer, de edad de 27 años, entrò en la Caridad con todos los síntomas de una tisis pulmonar bastante adelantada: en el lóbulo superior del pulmon derecho se reconociò por medio de la auscultacion una caverna, y exis-

tian diarrea, sudores, calentura héctica, y falta de apetito, sin ningun otro síntoma por parte del estómago; el abdomen se hallaba blando é indolente en todos los puntos. Esta mujer se aproximaba lentamente al término fatal, cuando fué acometida de repente y sin causa conocida de un dolor vivo abdominal que se exasperaba por la menor presion. En los cuatro dias que siguieron á la invasion del dolor, se entumeció el abdomen, conservándose siempre dolorido; adquirió el pulso una gran frecuencia, haciéndose cada vez mas pequeño, y llegando la debilidad al último grado. Murió la paciente en el acto de vomitar bilis verdosa.

ABERTURA DEL CADAVER.

En el peritóneo habia derramada serosidad turbia y llena de copos; las circunvoluciones intestinales estaban unidas entre sí por membranas falsas, inorgánicas, y de reciente formacion. Al estraer el hígado nos sorprendió hallar en su cara inferior, y un poco al lado derecho de la vejiga de la hiel, una solucion de continuidad, por donde podian penetrar tres dedos reunidos, y que conducia á una estensa cavidad llena de hidatides rotos. Entonces creimos que la peritonitis reconocia por causa la rotura del saco hidatífero en la cavidad de la serosa. En efecto, un nuevo exámen nos hizo descubrir restos de las membranas de las hidatides, nadando en la serosidad peritoneal.

En la membrana mucosa gastro-intestinal habia vestigios de inflamacion.

En los pulmones existian tubérculos en diversos grados.

Esta observacion es notable bajo dos puntos de vista:

1.° Manifiesta que las hidatides pueden producirse, desarrollarse y adquirir un volúmen considerable en el hígado, sin ocasionar ninguna especie de síntomas; y bajo este punto de vista no carece de interés comparar el hecho actual con el precedente, en el cual determinaron los mismos hidatides dolor en la region del hígado é ictericia. En cuanto al enflaquecimiento no sabemos qué parte tuvo en él la afeccion del hígado, en razon á la enfermedad concomitante de los pulmones. ¿Por qué hubo en uno de estos casos dolor é ictericia, y no existieron en el otro, siendo idénticas las lesiones orgánicas?

2.° La presente historia suministra ademas un ejemplo de inflamacion del peritóneo, por derramarse en esta membrana los materiales contenidos en una cavidad formada en el hígado. Antes hemos citado ya otro caso de absceso del hígado, abierto del mismo modo en el peritóneo.

XLV.ª OBSERVACION.

Hidatides del hígado con desarrollo considerable del órgano, y supuracion secundaria en la cavidad hidatífera. Tumor indolente y apirético por mucho tiempo; mas adelante dolor y calentura.

Entró en la Caridad un hombre de edad media en el estado siguiente:

El hipocondrio derecho y el epigastrio estaban ocupados por un tumor considerable, que se adelantaba muy poco hàcia el hipocondrio izquierdo, y descendia por abajo hasta la altura del ombligo; por arriba parecia continuarse y perderse detras de las costillas. Era liso, no ofrecia ninguna abolladura, y ni por el tacto, ni aun por una presion medianamente fuerte se determinaba en él dolor alguno. Nos contò el enfermo que hacia cosa de dos años habia notado la existencia de este tumor, que fué constantemente indolente, y que habia crecido poco à poco, sin producir trastorno apreciable en las funciones digestivas. Pero lentamente enflaqueció este sugeto, y perdiò las fuerzas; tenia el pulso sin frecuencia, la piel seca, y sin aumento de calor, no presentaba indicios de ictericia, y nos aseguró que nunca la habia tenido. Las funciones respiratorias se hallaban al parecer en su estado normal, la lengua blanquecina, la sed nula, el apetito bastante bueno, y las cámaras ordinarias. Por la situacion del tumor, su forma y relaciones nos inclinamos à pensar que consistia solo en el hígado aumentado de volúmen de un modo insòlito. La falta de otros sìntomas graves nos inclinó à creer que únicamente estaba hipertrofiado.

Por un mes permaneció casi igual el estado del enfermo: *se le aplicaron muchos golpes de sanguijuelas al hipocondrio derecho y al ano; se le prescribieron fricciones estimulantes á la piel, y se le dieron píldoras purgantes.*

Un dia nos llamó la atencion el cambio que sufrieron las facciones; de un color bastante bueno hasta entonces, adquirieron de repente una notable palidez, y los ojos se rodearon de ojeras muy pronunciadas; hallamos el pulso muy frecuente, y la piel, que no habia estado por lo general caliente, ofrecia un calor seco, acre y desagradable al tacto. Entonces nos dijo el enfermo que desde algunos dias antes sentia en el hipocondrio derecho, que hasta entonces habia estado indolente, un dolor poco vivo en general, que se exasperaba por intervalos, haciéndose entonces lancinante, pero sin aumentarse por la presion. Por lo demas no presentaban ningun trastorno nuevo en sus funciones los òrganos digestivos; no parecia que sufriese ningun otro òrgano, y era evidente que la causa del cambio de las facciones y del pequeño movimiento febril era una nueva accion morbosa establecida en el hígado, accion cuya existencia anunciaba el dolor observado últimamente. (*Se hizo una nueva aplicacion de sanguijuelas al hipocondrio, que se cubrió en seguida con cataplasmas emolientes y narcóticas.*)

No obstante el uso de estos medios hallamos en la siguiente mañana mas fuerte el dolor del hipocondrio, y mas intenso el movimiento febril. *Se practicò una sangria, y se cubrió el hipocondrio de sanguijuelas.* En los nueve dias siguientes *se hizo otra sangrìa del brazo; se aplicaron tres veces sanguijuelas al ano; se pusieron vejigatorios á las piernas, y en seguida se frotò el hipocondrio derecho con una onza de manteca, y una dracma de tártaro emético (pomada* llamada *de Autenrieth).*

En el mes siguiente vimos debilitarse poco à poco al enfermo, persistien-

do al mismo tiempo el movimiento febril, que aunque débil durante el dia, se aumentaba mucho por las tardes con intervalos de calosfrios y sudores. El hipocondrio derecho permaneció dolorido, desapareció el apetito, y sobrevino una copiosa diarrea, muriendo el paciente algunos dias despues de la aparicion de esta.

ABERTURA DEL CADAVER.

El hígado ocupaba el espacio comprendido entre el borde de las costillas falsas derechas por la parte superior, y una línea ideada desde la cresta superior de los huesos ileos hasta el ombligo: él era, pues, el que formaba el tumor reconocido durante la vida. En un punto de su cara convexa hácia el medio del lóbulo derecho, presentaba una fluctuacion manifiesta, y en el mismo sitio se encontró en vez del parenquima hepático una cavidad, en la que podian colocarse dos naranjas, y que contenia dos materias diferentes: 1.° pus blanco, cremoso, homogéneo é inodoro; 2.° en medio del pus varios hidatides, cuya menor parte estaban enteros todavía, y la mayor consistian solo en restos de membranas arrolladas sobre sí mismas. Las que estaban enteras presentaban la circunstancia notable de tener muchos puntos de sus paredes opacos y de un blanco lechoso. Despues de vaciada la cavidad de las diversas materias que la llenaban, se vió que las paredes solo estaban tapizadas por una simple capa de pus concreto, debajo de la cual, y en la estension de algunas líneas á su alrededor era mas rojo y friable que en el resto el parenquima del hígado. En el centro del lóbulo izquierdo se halló una segunda cavidad llena de hidatides todavía enteros. Las paredes de esta se encontraron tapizadas por una verdadera membrana fibrosa, á cuyo alrededor no se vió ninguna alteracion apreciable del parenquima hepático.

El bazo estaba poco voluminoso y blando.

La membrana mucosa gástrica tenia un reblandecimiento blanco hácia el fondo, y en los intestinos gruesos habia esparcidas varias placas rojas.

En la enfermedad que forma el objeto de la precedente historia, encontramos dos periodos. En el primero se formó un tumor considerable en el hipocondrio derecho, sin haber síntomas graves, escepto el enflaquecimiento progresivo, y la pérdida gradual de fuerzas. En el segundo se manifestó el dolor, se desarrolló la calentura, y se deterioraron poco á poco todas las funciones, siguiendo la muerte al establecimiento de una diarrea. Creemos que se pueden esplicar bien los síntomas de estos dos periodos por las lesiones halladas en el cadáver: parece probable que cuando no habia dolor ni calentura, solo contuviese el hígado los hidatides, y que mas adelante se segregase el pus al rededor de los entozoarios: de aquí la calentu-

ra, el dolor, y la série de síntomas que acompañan por lo regular á toda supuracion. No es este el único caso en que hemos visto desarrollarse al rededor de los hidatides diversos productos nuevos, ya pus, ya materia tuberculosa.

Creemos deber agregar á la observacion anterior un hecho que nos ha comunicado recientemente nuestro amigo el doctor Descieux. En este último caso, como en el que acabamos de referir, contenia á la vez una misma cavidad pus é hidatides.

Un hombre que habitaba cerca de Monfort-Lamaury (departamento de Seine-et-Oise), llevaba mas de veinte años padeciendo lo que se llaman obstrucciones, y hacia siete arrojaba hidatides por el ano, siendo habitualmente penosa su existencia. Las tres cuartas partes de la mitad superior *del* abdomen estaban ocupadas por un tumor abollado, cuyo asiento era *difícil* determinar. Cerca de dos meses antes de la época en que se escribió esta observacion, sintió el enfermo vivos dolores en el abdomen, y se desarrolló un movimiento febril; siete semanas despues de la aparicion de tales síntomas presentó fluctuacion una de las abolladuras mas prominentes del tumor, aquejando al paciente dolores muy vivos en el mismo punto. Al lado izquierdo, y á cuatro dedos de la línea blanca, se ejecutó una incision en el vértice del tumor, por la que salió en forma de chorro un plato de pus, y un líquido moreno semejante al que se halla muchas veces en los kistes del ovario; ademas se estrajeron membranas de muchas pulgadas de longitud, amarillentas, y en todo parecidas á restos de hidatides; eran blandas, friables, y habian perdido su consistencia. M. Descieux las miró en efecto como hidatides muertos. Durante los cuatro dias siguientes corrieron con abundancia por entre los labios de la incision el pus y los restos de los hidatides. El digno compañero que nos comunicó este hecho interesante, apreció en cerca de cuatro cuartillos la cantidad de líquido que salió por la abertura practicada artificialmente. En la época en que se redactaba esta historia salia pus solamente, sin mezcla de hidatides. El abdomen estaba blando y poco dolorido; habian desaparecido todas las abolladuras; el enfermo se encontraba muy débil, pero sin calentura, y eran libres las evacuaciones ventrales.

SECCION SEGUNDA.

ENFERMEDADES DE LOS CONDUCTOS ESCRETORES DE LA BILIS.

Los diferentes tejidos que entran en la composicion de las paredes de la vejiga de la hiel, del mismo modo que los conductos colidoco, cístico y hepático pueden ser invadidos aislada ó simultáneamente de inflamacion aguda ó crónica. Esta puede limitarse á un punto mas ó menos circunscrito de la vejiga ó de los conductos, y puede tambien afectarlos en toda su estension. Unas veces por la simple inspeccion anatómica, ó por el estudio de los síntomas, se llega á admitir que la inflamacion de los conductos escretorios de la bilis es consecutiva á una flegmasia del duodeno; y otras por el contrario no hay prueba alguna de semejante dependencia; nada hay que incline á creer que no sea primitiva la accion inflamatoria que ha invadido los conductos escretorios. ¿No acontece lo mismo al esterior? ¿Y si la observacion enseña, por ejemplo, que en gran número de casos la flegmasia de los conductos escretorios de la saliva ó del esperma es consecutiva á una estomatitis ó á una uretritis, no hay otros en que sobreviene tambien ya una ingurgitacion aguda ó crónica del testículo, ya una inflamacion del conducto de Stenon, y de los que reuniéndose le forman, sin que haya habido flegmasia antecedente de la uretra ó de la cavidad bucal?

Las alteraciones de testura que determina la inflamacion en los conductos escretores de la bilis, son numerosas y de muchas especies. Desde luego pueden limitarse á la membrana mucosa, ó estenderse á los tegidos subyacentes á la misma.

La membrana mucosa se puede ulcerar, como en los casos citados por M. Louis; nosotros la hemos hallado considerablemente entumecida, engrosada é hipertrofiada á consecuencia de diversas inflamaciones agudas ó crónicas. Cuando el aumento de grosor existe solo en la porcion de membrana que tapiza la superficie interna de la vejiga de la hiel, no resul-

ta ningun fenómeno particular; pero no acontece lo mismo en los conductos cuya membrana mucosa no puede entumecerse, sin que se obliteren de un modo completo ó incompleto, durable ó pasajero.

Tambien pueden sufrir diferentes especies de alteraciones los tejidos subyacentes á la mucosa. En la vejiga los hemos hallado muchas veces infiltrados de serosidad, y una de materia purulenta. En el mismo receptáculo los hemos visto, ya reblandecidos y profundamente ulcerados, y perforados al mismo tiempo que la mucosa, de donde resultaba un derrame de bilis en el peritóneo, ya engrosados de un modo considerable, endurecidos y escirrosos, y otras veces transformados en tejidos fibrosos, cartilaginosos ó sembrados de placas huesosas; finalmente, en un caso que citaremos mas adelante con detalles, se presentaron en las paredes de la vejiga fibras rojizas, y de apariencia muscular; alteracion observada ya primero por M. Amussat, y despues por M. Louis. En los conductos hepático, cístico y colidoco puede tambien el tejido celular submucoso ó ya reblandecerse y destruirse al mismo tiempo que la mucosa, resultando la perforacion de un punto de sus paredes (véanse mas adelante las observaciones particulares), ó ya engrosarse, endurecerse y ser causa de la obliteracion de los conductos, del mismo modo que en la uretra ciertas induraciones del tejido celular sub-mucoso determinan con frecuencia su estrechez.

Hay casos en que no se halla ningun vestigio de la cavidad de alguno de los conductos escretores de la bilis, observándose solo en su lugar un simple cordon fibroso. Tambien puede disminuir de un modo singular la cavidad de la vejiga, y aun borrarse completamente, aconteciendo á veces hallarse convertida en un cuerpo sólido, donde termina el conducto cístico igualmente obliterado. Puede en fin desaparecer mas completamente aun, y estar ocupada la fosa, donde se aloja, por un tejido celular mas ó menos condensado.

Otras veces es por el contrario mucho mayor de lo regular la cavidad de la vejiga, lo cual parece acontecer sobre todo en los casos en que existiendo un obstáculo al libre curso de la bilis en el conducto colidoco, refluye este líquido á la vejiga, de donde no puede salir para descender al duodeno.

El mismo aumento de dimension puede existir tambien en las porciones de los conductos biliarios situados detras del obstáculo. En un caso particular en que obstruia un cálculo el orificio duodenal del colidoco, estaba tan dilatado en el resto de su estension, que su diámetro igualaba al de la vena porta.

Es sabido que los materiales de la bilis pueden solidificarse en los conductos escretores, constituyendo cálculos muy variables en su composicion química, forma, color, dimensiones, número, asiento, etc. No espondremos aquí la historia de los cálculos biliarios, porque nada nos han enseñado nuestras propias observaciones respecto de ellos, que no esté consignado en los libros. Tan solo llamaremos la atencion de los químicos acerca de un cálculo blanco formado únicamente de fosfato de cal que hemos hallado en una vejiga, y á cuyo alrededor habia solo un poco de moco. La bilis no llegaba hacia mucho tiempo á su receptáculo, porque el conducto cístico estaba transformado en un cordon fibroso, sin vestigio alguno de cavidad.

En un caso que citaremos despues, encontramos ocupada la vejiga con una gran cantidad de pus en vez de bilis.

Los síntomas á que pueden dar lugar las diferentes alteraciones de los conductos escretores de la bilis que acabamos de enumerar, son variables en razon al asiento y naturaleza de las mismas afecciones.

La vejiga puede hallarse llena de cálculos, y aun de pus; ofrecer en sus paredes diversas alteraciones; disminuir considerablemente de volúmen, en términos de desaparecer su cavidad; finalmente, dejar de recibir la bilis á consecuencia de la obliteracion del conducto cístico, sin que durante la vida resulte de ninguna de estas lesiones la produccion de fenómeno alguno morboso que las dé á conocer.

Distendida la vejiga preternaturalmente por la bilis ó por otros materiales (cálculos, pus, etc.), puede esceder del borde cortante del hígado, formando tumor en los diferentes puntos del abdomen, donde se hace apreciable al tacto. Hemos reconocido su existencia: 1.º inmediatamente debajo del borde cartilaginoso de las costillas derechas; 2.º debajo del hipocondrio, sea en direccion perpendicular hácia abajo, y correspondiendo al lugar que ocupa comunmente, sea inclinada de un modo singular hácia atras ó adelante, y formando, por ejemplo, una prominencia en el epigastrio; 3.º la hemos visto tocar la cresta iliaca, y aun descender por delante de ella hasta la fosa del mismo nombre.

El tumor formado por la vejiga de la hiel puede no cesar desde que se manifiesta; pero en ocasiones desaparece al cabo de un tiempo mas ó menos largo. Esta desaparicion sobreviene principalmente en las siguientes circunstancias: 1.º cuando cesa de existir el obstáculo que se oponia al curso de la bilis en el conducto colidoco; 2.º cuando acumulada por cier-

to tiempo la bilis en su reservorio, es reabsorvida despues, y no recibiendo la vejiga nueva cantidad, tiende á atrofiarse, y 3.° cuando distendidas y mas ó menos alteradas las paredes de la misma vejiga, se perforan dando salida á la bilis, ora al peritóneo, ora á otro órgano hueco, con cuya cavidad comunique accidentalmente dicho receptáculo, ora al esterior en los casos en que estableciéndose preliminarmente adherencias entre la vejiga y las paredes abdominales, se inflaman estas á su vez, y se ulceran y perforan de dentro afuera.

Hablando de las diversas alteraciones que pueden invadir al parenquima hepático, hemos dicho que la ictericia sobreviene en todas, pero no es un resultado necesario de ninguna. La observacion demuestra por el contrario que siempre se produce ictericia cuando hay obliteracion tanto del conducto hepático como del colidoco. La obliteracion puede depender ya de un cuerpo estraño que obstruya la cavidad de los conductos, ya de tumores que los compriman de fuera á dentro, ya de un acto inflamatorio que ocasione la ingurgitacion y engrosamiento de la membrana mucosa, ó de los tejidos subyacentes. Se concibe que la ictericia debida á la obliteracion determinada por una de estas causas, debe ser pasajera ó permanente, segun lo fuere la lesion.

Se ha admitido tambien una ictericia por espasmo de los conductos biliarios, perc tal espasmo se ha supuesto mas bien que demostrado; y aun cuando fundándonos en muchas observaciones citadas precedentemente, admitamos que bajo la influencia de ciertas modificaciones del sistema nervioso puede alterarse la secrecion del hígado, de modo que resulte la ictericia, creemos que la causa del mal reside entonces en la parte mas central del parenquima del órgano, donde se verifica el acto de la secrecion, y no en los conductos escretores de la bilis, cuya contraccion espasmódica nos parece una pura suposicion.

Resulta por otra parte como corolario de nuestras observaciones que en gran número de casos es producida la ictericia, y persiste por mas ó menos tiempo, sin que haya obstáculo apreciable en los conductos escretores de la bilis, como tambien lo ha visto M. Louis.

Las siguientes observaciones van á manifestar las lesiones mas interesantes que pueden sufrir los conductos de que nos ocupamos, con los diversos síntomas á que suelen dar lugar.

XLVI.ª OBSERVACION.

Inflamacion aguda del conducto colidoco; obliteracion de su cavidad. Rotura del conducto hepático por la distension de sus paredes. Ictericia con dolor en el hipocondrio derecho, y tumor en la misma region formado por la vejiga. Peritonitis.

Entró en la Caridad el 8 de noviembre de 1821 un zapatero de 35 años de edad. Seis dias antes fué acometido, à consecuencia de un esceso en la comida, de un dolor bastante vivo en el lado derecho del epigastrio, un poco por debajo del borde cartilaginoso de las costillas. Al inmediato dia percibió que estaba ictérico, y el 9 de noviembre, sétimo de la enfermedad, ofreció el estado siguiente: color amarillo de las conjuntivas y de toda la superficie de la piel, y dolor obtuso en el hipocondrio derecho: debajo de la estremidad anterior de la undécima costilla se percibia un tumor piriforme, movible bajo el dedo, indolente, cuya mayor estremidad pasaba un poco del nivel del ombligo, y la pequeña se escondia detras de las costillas; la lengua se hallaba natural; la sed poco viva; el apetito nulo, y las cámaras raras y decoloradas: el pulso estaba frecuente, y la piel caliente y seca. Creimos que el tumor del hipocondrio era producido por la vejiga de la hiel llena de bilis. (*Sanguijuelas al ano; suero con acetato de potasa; dieta.*) En los cuatro dias siguientes se aumentó el tumor, no ocurriendo ningun otro cambio. El 13 de noviembre, undécimo de la invasion del dolor del hipocondrio, fué acometido de repente el enfermo de un dolor muy vivo, que partiendo de la region del hígado, se estendió bien pronto à todo el abdomen. Cuando le vimos al siguiente dia por la mañana persistia el citado dolor; su estremada agudeza, y el exasperarse por la mas ligera presion, indicaban suficientemente que reconocia por causa una inflamacion peritoneal: al mismo tiempo se puso la cara pálida, contraida y muy alterada; se determinó una ansiedad general en el mas alto grado; púsose el pulso pequeño y muy frecuente, y las estremidades frias. (*Dos vejigatorios á las piernas; veinte sanguijuelas al abdomen.*) Despues del medio dia murió.

ABERTURA DEL CADAVER.

El peritóneo estaba lleno de un líquido purulento, cuyo color, generalmente amarillo, lo era mucho mas en el vacío derecho. La superficie interna del duodeno ofrecia un rojo intenso. El punto donde se abre el conducto colidoco, y que por lo regular no se halla sin buscarlo, estaba marcado por un tumor redondo, en cuyo centro habia una especie de orificio capilar de una línea à lo mas de ancho, y que sobresalia cerca de tres del nivel de la superficie intestinal. Introducido un estilete muy fino por la abertura que presentaba este tumor en su centro, no se encontró al principio cavidad; pero empujado con fuerza, pareció que franqueaba un obstáculo, y penetró en el conducto colidoco, que recorrió con trabajo en toda su estension, como si la cavidad natural de dicho conducto se hallase borrada, y el estilete la fuese rehabilitando à medida que se empujaba con alguna precaucion desde el intestino hàcia el hígado. En efecto, cortado en diversos sentidos el conducto colidoco presentó una cavidad casi imperceptible, sus paredes estaban conside-

rablemente engrosadas, teniendo por otra parte una gran friabilidad, y rompiéndose por la mas ligera traccion. Los conductos hepático y cístico, del mismo modo que la vejiga, ofrecian por el contrario un aumento notable de capacidad. Un poco antes de unirse estos dos conductos presentaba el hepático una solucion de continuidad redondeada irregularmente, y bastante ancha para admitir un guisante pequeño; en cuyo alrededor no parecian hallarse alteradas las paredes del conducto. Desde entonces fué evidente la causa de la peritonitis. Nada presentó de notable el tejido del hígado. El estómago ofreció algunas placas rojas, cuyo color residia en la mucosa. El resto del tubo digestivo y los demas órganos parecieron estar sanos.

Hay pocos casos en que esten los síntomas observados durante la vida en tan rigurosa relacion con las lesiones halladas en el cadáver. Por un esceso en el régimen se inflamaron el estómago y duodeno; la flegmasia poco marcada en el primero de estos órganos se aumentó en el segundo, y la irritacion de la mucosa duodenal se propagó por continuidad de tegido á la porcion de membrana, que tapiza el conducto colidoco. Del mismo modo se inflaman en la oftalmia los conductos lagrimales, y en la uretritis los seminíferos. De aquí el infarto de la membrana mucosa, la obliteracion de la cavidad del colidoco, y de consiguiente la acumulacion de la bilis en la vejiga, la formacion del tumor en el hipocondrio, la reabsorcion probable de otra porcion de bilis y la produccion de la ictericia. El esceso de capacidad que presentó el conducto hepático parece probar que le habia distendido mucho la bilis. ¿Fué tal esta distension que produjo la rotura de sus paredes? Puede suponerse en razon al poco grosor de las mismas. Otra circunstancia notable es que la flegmasia se limitaba á toda la estension del conducto colidoco, hallándose enteramente exentos el cístico y hepático. Tambien otras superficies mucosas ofrecen frecuentes ejemplos de inflamaciones, cuyo asiento se halla exactamente circunscrito. Efectivamente, en el mayor número de gastritis termina de repente la rubicundez de la mucosa por una parte en el píloro y por otra en el cardias. No es raro ver que una de las caras de la válvula ileo-cecal presente una viva rubicundez, al paso que la otra se halle blanca; este cambio de color se verifica de repente; ninguna graduacion, ningun tinte intermedio separa el sitio inflamado del que permanece sano.

XLVII.ª OBSERVACION.

Tumor en el hipocondrio derecho formado por la vejiga biliaria, dolor en la misma region, Ictericia. Curacion.

Un hombre, de cerca de 30 años, sintió por dos dias un dolor bastante vivo en el hipocondrio derecho, y en seguida se puso ictérico. Entrò en la Caridad durante el estio de 1824, persistiendo la ictericia y el dolor en el hipocondrio. Inmediatamente debajo del borde cartilaginoso de las costillas, y un poco á la parte interna de una línea vertical, cuya estremidad inferior correspondiese à la espina superior anterior del ileon, se percibia un tumor piriforme, movible, y que escedia dos dedos del borde de las costillas, por detràs de las cuales se prolongaba; semejante tumor nos pareciò formado por la vejiga de la hiel distendida preternaturalmente por una gran cantidad de bilis. El pulso estaba frecuente, habia aumento de calor de la piel y constipacion pertinaz, *(veinte sanguijuelas al ano, tisana de cebada, lavativas, pedilubios)*. Desde el siguiente dia desapareciò la calentura. En otros tres disminuyó el tumor, y luego se disipò del mismo modo que el dolor y la ictericia, restableciéndose las càmaras, y no tardando el enfermo en salir curado.

Comparada esta observacion con la precedente, nos ofrece la mayor analogía con respecto al principio y síntomas de la enfermedad. En uno y otro caso se puso al principio dolorido el hipocondrio derecho; al poco tiempo ofreció un tumor circunscrito formado evidentemente por la vejiga de la hiel, y en seguida se manifestó la ictericia con calentura. En el primero murió el enfermo de una peritonitis, hallándose en el infarto inflamatorio del conducto colidoco la esplicacion de todos los accidentes anteriores á la flegmasia peritoneal. En el segundo se disiparon con prontitud los mismos accidentes bajo la influencia de los antiflogísticos, recobrando el enfermo la salud. La identidad de fenómenos indica á nuestro parecer la identidad de causas. En uno y otro caso creemos que el dolor y tumor del hipocondrio, la ictericia y el movimiento febril deben referirse á la obliteracion inflamatoria del conducto colidoco. Como resultaba la obliteracion de una flegmasia aguda, se disipó á medida que se resolvia la misma.

Citemos ahora otros casos, en los que la inflamacion pasa al estado crónico, dando lugar á una obliteracion permanente.

XLVIII.ª OBSERVACION.

Inflamacion crónica de los conductos colidoco y cistico; obliteracion de su cavidad por engrosamiento de las paredes; reblandecimiento y rotura de las de la vejiga de la hiel. Ictericia. Peritonitis sobre-aguda.

En la última quincena del mes de diciembre de 1821 entró en la Caridad un mozo de cordel de 64 años de edad. Tres meses antes habia sido acometido, sin causa conocida, de vómitos biliosos que persistieron muchos dias, cesaron espontáneamente, y fueron reemplazados por una copiosa diarrea que durò cerca de un mes, y debilitó al enfermo. Hácia mediados del mes de setiembre disminuyó el flujo de vientre, sin que se restableciesen las fuerzas: el apetito era casi nulo, y los alimentos se digerian con dificultad. Entonces empezò el enfermo á percibir que los ojos y toda la superficie de la piel adquirian un tinte amarillento muy pronunciado. Sin embargo, y à pesar de que diariamente enflaquecia cada vez mas, y perdia las fuerzas, continuò trabajando hasta ocho dias antes de su entrada en el hospital, ofreciendo en esta época el siguiente estado:

Toda la piel tenia un color amarillo que tiraba un poco à verde, el enflaquecimiento era considerable, la lengua se apartaba poco del estado natural, pero habia anorexia completa; y los pocos alimentos que se introducian en el estòmago, ocasionaban en la region del epigastrio una sensacion de peso y de calor que se prolongaba muchas horas; las cámaras eran raras y de color gris ceniciento; palpando cuidadosamente el abdomen no se reconocia tumor alguno, siendo en todos los puntos blando é indolente; el pulso, que carecia de frecuencia por las mañanas y durante el dia, se aceleraba un poco todas las tardes. No se facilitaron las digestiones à pesar de *una aplicacion de sanguijuelas al epigastrio*; habiendo sido mas eficaz *un vejigatorio en la misma region*. El enfermo tomaba por ùnico alimento *leche y algunas legumbres*. Cerca de quince dias despues de su entrada, parecia haberse mejorado el estado del estómago, siendo mucho menos pronunciado el movimiento febril de las tardes; pero persistia la ictericia, no se recobraban las fuerzas, y se aumentaba el enflaquecimiento. (*Agua de Vichy; suero con la adicion de cremor tártaro, y píldoras de mercurio dulce y jabon*).

Al colocarse una mañana en el sillico, sintiò el enfermo como si se le *desgarrára* (esta fué su espresion) el hipocondrio derecho. Algunos minutos despues se presentó un dolor muy vivo primero en el vacìo derecho, y en seguida en todo el abdomen. Cuando le vimos al dia siguiente ofrecia de un modo indudable todos los síntomas de una peritonitis aguda. La manera repentina de empezar, y la sensacion de rasgadura bien caracterizada, que habia esperimentado el enfermo, nos inclinaron à creer que la peritonitis reconocia por causa una perforacion intestinal (*se aplicaron treinta sanguijuelas al abdomen*). Durante el dia sobrevino un rápido abatimiento, y murió el paciente por la noche.

ABERTURA DEL CADAVER.

Habia derramada en el peritòneo una gran cantidad de liquido de color gris sucio como espumoso, y la serosa estaba ya cubierta en muchos puntos

de concreciones membraniformes. Examinados cuidadosamente el estòmago y el resto del tubo digestivo, no presentaron ninguna perforacion; pero la vejiga de la hiel reducida á un pequeño volúmen, y como atrofiada, ofrecia en su parte inferior, cerca de la estremidad mas gruesa, una solucion de continuidad del tamaño próximamente de un real de vellon. Nada notable habia en la superficie interna de la misma vejiga; pero nos pareciò que sus paredes ofrecian en toda su estension una considerable friabilidad. Procurando penetrar al interior del receptáculo biliario por el conducto cistico, no pudimos conseguirlo. Cortando en seguida el conducto colidoco para llegar hasta el cístico, reconocimos que se habia estrechado tanto la cavidad de ambos, que era imposible introducir por ellos el estilete mas fino; semejante obliteracion casi completa era un resultado del considerable engrosamiento que habian sufrido sus paredes. El conducto hepàtico se hallaba por el contrario muy dilatado y lleno de concreciones biliarias. El tegido del hígado no ofreciò ninguna alteracion apreciable. La membrana mucosa del estómago estaba considerablemente engrosada en toda su estension, de un color gris apizarrado y como mamelonada. El tegido laminoso subyacente y la túnica muscular, participaban tambien notablemente de este grosor. El tinte apizarrado del estòmago se continuaba por el duodeno. El resto del tubo digestivo no ofreció alteracion perceptible, ni en las demas vísceras de las tres cavidades habia nada que notar, escepto un color amarillo muy pronunciado de la dura madre.

Aquí tambien fué causa muy probable de la obliteracion casi completa de una parte de los conductos biliarios un estado inflamatorio de los mismos. Del mismo modo que en los individuos de las observaciones precedentes se manifestó la enfermedad al principio bajo la forma de una simple flegmasia gastro-intestinal; y como en ellos se propagó bien pronto á los conductos biliarios, resultando la ictericia de su ingurgitacion. Hasta este punto todo es análogo en los tres enfermos; pero en el presente pasó ademas la inflamacion al estado crónico, y despues de muchos meses de duracion produjo tal engrosamiento de los conductos biliarios, que si el paciente hubiera vivido mas tiempo, es probable que hubiese sido completa su obliteracion, y se hubieran encontrado transformados en una especie de cordones ligamentosos, como veremos que sucede en la siguiente observacion. La obliteracion del conducto cístico esplica el motivo porque en este caso, lejos de hallarse distendida, y formar tumor la vejiga de la hiel, se encontraba por el contrario reducida á un pequeño volúmen. Por otra parte reblandecidas y friables sus paredes, parecian haber participado de la inflamacion de los conductos cístico y colidoco; solo que la accion inflamatoria que habia engrosado y endurecido las pa-

redes de tales conductos, habia por el contrario reblandecido las de la vejiga. No deben admirarnos la reunion de tan opuestos efectos de la inflamacion en las diversas partes de un mismo tegido, pues las membranas mucosas nos ofrecen frecuentes ejemplos de lo mismo. En efecto, despues de haber existido los mismos síntomas de flegmasia, se encuentra la mucosa gástrica ó tan reblandecida que no constituye sino una especie de pulpa inorgánica, ó por el contrario mas engrosada y dura que en el estado normal, habiendo sugetos en quienes se hallan reunidos ambos estados morbosos en las diversas partes de su estómago. La rotura de las paredes reblandecidas de la vejiga que aconteció en este sugeto, puede compararse con la perforacion del estómago, cuando es tan solo el último grado del reblandecimiento de la víscera. En cuanto á la sensacion de rasgadura esperimentada por el enfermo, se ha observado tambien en otros sugetos en los casos de perforacion del estómago ó de la vejiga; de lo cual hemos citado en otra parte algunos ejemplos (1).

XLIX.ª OBSERVACION.

Estrechez del conducto colidoco. Obliteracion del cístico. Dilatacion del hepático y de su principales divisiones. Estado granuloso del hígado. Gastritis crónica. Ictericia.

Un hombre de 50 años, aficionado á los licores espirituosos, se cayó dos años antes de entrar en el hospital, recibiendo una violenta contusion en el hipocondrio derecho con una barra de hierro. Desde entonces dijo sentia un dolor sordo en el mismo hipocondrio, y estaba ictérico; no podia precisar la época en que empezó á percibir tales síntomas.

En agosto de 1825 al entrar en el hospital, tenia un tinte amarillo muy pronunciado en las conjuntivas y en toda la superficie cutánea, ascitis, infiltracion de los miembros inferiores, dolor sordo habitual del hipocondrio, no percibiéndose ningun tumor en este sitio ni en el resto del abdomen; anorexia, ningun vómito, cámaras descoloridas, y orinas negras.

En los dias siguientes continuó el mismo estado; el pulso era frecuente, débil y regular: en seguida sobrevino debilidad gradual y tendencia al sopor. La víspera de morir tuvo una evacuacion de materias negras liquidas por vómitos y cámaras.

ABERTURA DEL CADAVER.

En el peritóneo habia serosidad transparente y amarilla, sin ningun vestigio de inflamacion. El hígado, que era de pequeño volúmen y de color verde,

---

(1) *Precis d' Anatomie pathologique.*

tenia una grande densidad, y presentaba muchas granulaciones esparcidas tanto en su superficie esterior como en el interior de su parenquima. La vejiga de la hiel estaba muy distendida por un liquido seroso, ligeramente teñido de amarillo; ni su cuello ni el conducto cistico presentaban indicio alguno de cavidad. Los principales ramos que reuniéndose constituyen el conducto hepático y el mismo conducto, estaban estraordinariamente dilatados y llenos de una bilis amarilla espesa. El conducto colidoco desde la union de los cistico y hepàtico hasta el duodeno era muy estrecho; pero sin embargo podia admitir un estilete que penetraba hasta el intestino.

Un liquido muy negro llenaba el estómago; su superficie interna era apizarrada en gran parte de su estension, y su mucosa mamelonada. El duodeno estaba sembrado de gran número de puntitos negros. Todos los intestinos delgados se hallaban ocupados por un liquido, que en muchos sitios era negro como el del estómago, y en otros rojo, pareciendo de un modo manifiesto consistir en sangre derramada; la membrana mucosa estaba pálida por debajo del liquido.

En las demas vísceras del abdomen no habia nada notable.

En muchos puntos del pulmon habia ingurgitaciones sanguíneas parciales con color negro y dureza del parenquima. (*Apoplegía pulmonar* de Laennec.) Una de estas ingurgitaciones tenia enteramente su asiento en el vértice del pulmon derecho.

En el tegido celular sub-aracnoideo de la convexidad de los hemisferios habia infiltracion rojiza.

Tambien existia serosidad rojiza en el conducto toràcico.

El cambio de testura de los conductos biliarios se hallaba complicado en este caso con una alteracion del mismo parenquima del hígado (*disminucion de volúmen, aumento de densidad, granulaciones*). De la alteracion del parenquima dependia la ascitis. Habia tambien ictericia, aunque no era completa la obliteracion del conducto colidoco, pues solo estaba estrechado. El orígen de todas estas alteraciones parecia referirse á la caida sobre el hipocondrio derecho.

Encontramos tambien aquí una gastritis crónica, y ademas un salpicado negro en el duodeno.

Observemos las exhalaciones sanguíneas que en las diversas épocas de la vida se verificaron simultáneamente en el tubo digestivo, en los pulmones y en la pia madre.

L.ª OBSERVACION.

Transformacion de los conductos colidoco y cístico en cordones fibrosos. Atrofia del hígado. Ictericia antigua con ascitis.

A principios de diciembre de 1820 entrò en la Caridad un hombre de 50 años, que hacia siete estaba afectado de ictericia. Aseguraba que nunca habia tenido dolor alguno en ninguna parte del abdomen, y que solo durante los últimos tres meses habia empezado á entumecerse el vientre. Cuando se sometió á nuestro exámen toda la piel ofrecia del mismo modo que las conjuntivas un tinte amarillo, que en la cara tiraba à verde; existìa una ascitis considerable; los miembros abdominales solo estaban ligeramente edematosos; las funciones digestivas no presentaban mas alteracion que una falta habitual de apetito, y una constipacion pertinaz; las càmaras eran poco consistentes y enteramente decoloradas: la orina poco abundante y verdosa; habia completa apirexia; los órganos toràcicos parecian hallarse sanos; la dificultad de respirar, poco considerable, solo dependia al parecer de la compresion del diafragma por el liquido del peritóneo. Creimos deber referir la ascitis á una afeccion del hígado *(tisana y pociones diuréticas; píldoras de calomelanos y jabon; fricciones á los miembros, con tintura de digital.)* En los seis dias siguientes no ofreció ningun cambio el estado del enfermo; pero en el sétimo se alteraron de repente las facciones, y muriò inopinadamente.

ABERTURA DEL CADAVER.

El encéfalo estaba generalmente blando, cual si se hallase empapado de serosidad, sin ninguna otra lesion. Los òrganos toràcicos muy sanos. El peritóneo, que estaba ocupado por una gran cantidad de serosidad transparente y de un amarillo cetrino, no ofrecia ningun vestigio de inflamacion.

El hígado era notable por su pequeño volúmen, estaba como ajado, tenia el color agrisado de las aceitunas, conservando por lo demas su consistencia ordinaria, y sin presentar ninguna otra alteracion apreciable. Dividiendo los conductos biliarios contenidos en el interior del hígado, salió en gran cantidad por sus orificios una materia de un hermoso color verde, semejante à la resina de la bilis cuando se aisla de los demàs principios constitutivos del mismo líquido. El conducto hepático y los principales ramos que le forman estaban considerablemente dilatados y llenos de grumos de materia amarilla como los que se obtienen cuando se trata la bilis por el àcido nítrico. Toda la estension de los conductos cístico y colidoco se habia transformado en un cordon ligamentoso, en el cual no se descubrió mediante la mas esmerada disección, ningun resto de cavidad. La vejiga de la hiel, reducida à un pequeño volùmen, estaba amoldada sobre una concrecion desigual formada por la materia amarilla endurecida. El bazo era muy voluminoso. Los demas órganos, y con especialidad el tubo digestivo, parecian hallarse en su estado fisiológico.

En este enfermo era mas completa que en los precedentes la obliteracion de una parte de los conductos biliarios. Los cístico y colidoco estaban reducidos á simples cordones ligamentosos sin ningun vestigio de cavidad. En cuanto á la etiología de semejante especie de obliteracion es mas oscura que en los casos citados precedentemente, y solo por analogía puede admitirse la inflamacion como causa presumible. Si existió tal flegmasia fué sorda y latente, y nada prueba que la del conducto colidoco siguiese á una gastro-enteritis como en los casos precedentes. Para evitar todo error debemos esforzarnos siempre en asignar los límites que separan lo demostrado de lo probable. Notaremos en este lugar muchas circunstancias interesantes de la observacion que nos ocupa, tales como la diferencia de aspecto que ofrecia la bilis en las divisiones pequeñas y en los ramos gruesos del conducto hepático; la especie de aislamiento de los dos principales elementos de este líquido (materia resinosa verde y materia amarilla); el estado particular del hígado, semejante al que hemos hallado en muchos ascíticos; la especie de compensacion que existia entre la pequeñez del hígado y el gran volúmen del bazo; y por último la muerte inopinada del enfermo. Tal género de muerte, casi repentina, sin agonía, sin trastorno antecedente de las funciones del pulmon ó del cerebro, no es rara en los hidrópicos, y sobre todo cuando la hidropesía depende de un estado del hígado como el que nos ocupa. En este caso como en otros muchos se nos oculta completamente la causa inmediata de la muerte.

LI.ª OBSERVACION.

Transformacion del conducto cístico en cordon fibroso. Dilatacion considerable del colidoco sin existencia de obstáculo en su estremidad duodenal. Cálculos de fosfato de cal en la vejiga de la hiel. Hígado voluminoso y granuloso. Ascitis. Falta de icteri. cia. Pericarditis latente.

Un tendero, de 50 años de edad, esperimentó violentos pesares en 1815, pues se arruinó completamente á consecuencia de salirle mal sus especulaciones. Desde este momento se desarregló su salud que hasta entonces habia sido buena; tuvo una ictericia pasagera, y en seguida una ascitis. En 1816 sufrió dos veces la puncion, pero el liquido se reproducia cada vez con mas rapidez. En los nueve años siguientes disfrutó constantemente de mala salud: la ascitis habia desaparecido espontáneamente en 1817, y no se volvió á manifestar hasta algunos meses antes de la entrada del enfermo en el hospital (1825).

Cuando vimos al paciente existia en el hipocondrio derecho un tumor voluminoso que se notaba hasta las inmediaciones del ombligo, y que nunca le habia causado dolor. El abdomen, entumecido considerablemente, era asiento de una fluctuacion manifiesta. Los miembros no se hallaban infiltrados

pues solo lo estuvieron una vez en 1816. La lengua se encontraba en estado natural, el apetito era regular, el pulso muy pequeño y un poco frecuente, habia tos, y la respiracion era corta desde un año antes.

Hacia pocos dias que este enfermo se hallaba en el hospital, tenia aun fuerzas, se levantaba y paseaba por las salas, cuando en la mañana del 4 de agosto se le halló en un estado comatoso con las estremidades frias y el pulso insensible. Murió dos horas despues de la visita.

ABERTURA DEL CADAVER.

Notable depresion del abdomen, que la ante-última visita se encontraba aun entumecido; (el dia 4 de agosto no le examinamos). Demacracion de la cara y de los miembros.

Cráneo. Habia adherencias celulares entre la hoja de la aracnoides que tapiza la dura madre y la que se estiende sobre las partes superiores y laterales de los hemisferios cerebrales; el tegido celular sub-aracnoideo estaba infiltrado de una notable cantidad de serosidad, la cual abundaba tambien en los ventrículos laterales que se conservaron muy distendidos despues de derramarse el liquido contenido en ellos.

Torax. Habia adherencias celulares antiguas de las pleuras costal y pulmonar; numerosos tubérculos miliares en el centro de los lóbulos superiores de ambos pulmones, cuyo tegido por lo demas estaba sano y crepitante. El pericardio se hallaba distendido por unos dos cuartillos de un liquido rojo semejante á la sangre procedente de una vena. Tapizaban la superficie interna de la misma serosa membranas falsas sobrepuestas unas á otras, de las cuales la que se hallaba en contacto inmediato con el liquido, estaba teñida por el mismo; todas tenian un aspecto areolado parecido al segundo estómago de los rumiantes, siendo ademas rugosas y herizadas de asperezas. El corazon estaba sano.

Abdomen. El peritóneo solo contenia una mediana cantidad de serosidad. El hígado se hallaba intimamente unido por una parte al diafragma y por otra al bazo, estómago y colon por medio de membranas falsas. Estas ocultaban la vejiga de la hiel, que reducida á un pequeño volúmen, contenia solo algunas mucosidades filamentosas, y tres concreciones pequeñas de un blanco mate que demostró el análisis químico hallarse formadas de fosfato de cal. El conducto cístico se habia transformado en un cordon fibroso hasta su encuentro con el hepático; en el punto de union de los dos existia un cálculo pequeño, semejante á los biliarios comunes. El conducto hepático presentaba su aspecto normal; pero el colidoco tenia una cavidad cuando menos triple de lo acostumbrado, estando libre su abertura en el duodeno. Se encontró interpuesto un tegido duro, de aspecto escirroso, que tenia muchas líneas de grueso, entre el peritóneo que cubre las dos caras del hígado, y la membrana propia de esta víscera, la cual aparecia por debajo del tegido accidental en forma de una linea ligeramente ondeada. El hígado muy voluminoso cedia muchas líneas del borde de las costillas, y llegaba hasta el hipocondrio izquierdo. Cortado en diversos sentidos ofrecia en todos los sitios un tegido de una notable densidad, de un blanco agrisado y sembrado de un gran número de granulaciones, que sobresalian de un modo notable por encima de un fondo de color mas rojo.

El bazo era muy voluminoso y de mediana consistencia. En el duodeno habia manchas rojas que residian en la mucosa. Los demas órganos estaban sanos.

Aun cuando falte mucho para que sea completa esta observacion, ofrece sin embargo interés bajo mas de un punto de vista. Se notará desde luego que no hubo ictericia, y con efecto tan solo estaba obliterado el conducto cístico. La bilis no llegaba á la vejiga, que solo contenia moco y concreciones del todo estrañas por su naturaleza á los cálculos biliarios. ¿Cuál fue la causa de la considerable dilatacion del conducto colidoco? ¿Se agrandó su cavidad para suplir á la vejiga, y desempeñar en parte las funciones de una especie de reservorio? En apoyo de esta idea puede alegarse que en muchos animales que carecen de vejiga de la hiel, y en los hombres privados de la misma se halla una dilatacion igual del conducto colidoco.

Con mas frecuencia hemos encontrado tal dilatacion de la cavidad de los conductos biliarios por detrás de un cálculo que obstruia un punto de su estension. Entre otros casos de este género citaremos el de un individuo de mas de 60 años, cuya vejiga y conductos biliarios contenian un gran número de cálculos. Muchos estaban acumulados en la estremidad duodenal del conducto colidoco, y obstruian completamente su orificio, que mirado por el duodeno era mas aparente que de costumbre, y presentaba á su alrededor una especie de rodete parecido al del ano. Por detrás de semejante depósito de cálculos se habia dilatado tanto el conducto colidoco, que su diámetro era cuando menos igual al de la vena porta. Lo mismo acontecia con los cístico y hepático. Los ramos que constituyen este último se hallaban tambien muy dilatados, en términos que en uno de ellos abierto cabian unidos los dedos índice y medio.

Esta observacion ofrece tambien un ejemplo de coincidencia de un estado comatoso, terminado en poco tiempo por la muerte, con la repentina desaparicion de un líquido seroso, sin establecerse ninguna evacuacion supletoria. (Véase lo que acerca de esto hemos dicho en uno de los volúmenes precedentes.)

No se anunció por ningun dolor agudo la formacion de las membranas falsas que rodeaban al hígado, y le unian á las partes inmediatas. Con la misma oscuridad se presentó la lesion del pericardio. Tampoco se anunciaron por signo alguno característico los tubérculos pulmonares.

LII.a OBSERVACION.

Inflamacion crónica de la vejiga biliaria. Concreciones huesosas, y desarrollo de fibras de apariencia muscular en el espesor de sus paredes. Induracion del parenquima hepático.

Un vidriero, de 29 años de edad, contrajo cerca de dos antes de entrar en el hospital una diarrea, que despues de haber durado cierto tiempo se complicó con ascitis, infiltracion de los miembros inferiores é ictericia. Cuando vimos al enfermo tenia el hipocondrio derecho tenso y ligeramente dolorido; se quejaba de cuando en cuando de dolores vivos en el hombro del mismo lado; la lengua estaba natural, la sed era poco viva, y el apetito nulo hacia mucho tiempo; habia frecuentes alternativas de constipacion y diarrea, y las càmaras eran ya completamente descoloridas, ya amarillas ò morenas.

Durante las tres primeras semanas de la permanencia del enfermo no sobrevino ningun cambio notable; pero despues la diarrea que habia desaparecido por algun tiempo volviò à aparecer de un modo considerable; se desarrollò calentura; se secò y ennegreció la lengua; sobrevino un rápido enflaquecimiento, y el paciente cayò en una postracion cada vez mayor, no tardando en sucumbir.

ABERTURA DEL CADAVER.

En el abdomen habia serosidad transparente.

El higado estaba endurecido, y era de un tinte verde subido. Formàbanle dos tegidos bien distintos: 1.° uno blanco verdoso, que ocupaba mas espacio que el otro, y estaba dispuesto en estensas placas irregulares (tegido blanco ordinario hipertrofiado); y 2.° otro verde subido, anàlogo al rojo ordinario, y circunscrito por las lineas blancas. Los conductos hepàtico y colidoco se encontraban sanos. Hàcia el medio del cistico habia un càlculo que obliteraba su cavidad. La vejiga de la hiel contenia solo algo de moco; la superficie interna, de color blanco, presentaba en vez de su aspecto ordinario otro enteramente semejante al de las vejigas de columnas. Sus paredes se hallaban formadas de dentro afuera: 1.° por la membrana mucosa, algo engrosada, lisa, y que se desprendia con facilidad de los tegidos subyacentes; 2.° por un tegido muy denso como fibro-celular, sembrado de algunas concreciones oseas, que se percibian al través de la mucosa, á la cual elevaban. En muchos sitios se notaban à la parte esterior de este tegido fibras rojizas dispuestas en haces: ¿eran rudimentos de músculos?

En parte de la membrana mucosa gàstrica habia reblandecimiento gris. Hàcia la terminacion de los intestinos delgados y en el ciego úlceras con el fondo y bordes parduscos, y con rubicundez livida en su circunferencia: en el cólon placas rojas con reblandecimiento esparcidas en muchos puntos. El bazo era voluminoso y blando.

Hemos citado principalmente esta historia por ofrecer un

ejemplo de alteracion bastante notable en la testura de las paredes de la vejiga de la hiel. Desde luego merece advertirse un cambio notable de aspecto de la membrana mucosa, un principio de depósito de materias oseas debajo de ella, lo cual recuerda los casos de osificaciones de las paredes de la vejiga, y finalmente, un desarrollo de fibras de apariencia muscular; disposicion designada ya por Louis (1), y que tambien ha visto Amussat.

No insistiremos en el género de alteracion del parenquima hepático, y en los síntomas que ocasionó, pues no haríamos mas que repetir lo que ya hemos dicho antes. Solo rogamos al lector que compare la actual observacion con otras que presentan una lesion del hígado, idéntica y acompañada de los mismos síntomas.

LIII.ª OBSERVACION.

Supuracion en el interior de la vejiga biliaria. Cáncer del parenquima del hígado. Peritonitis aguda indolente.

Una mujer, de 47 años, madre de diez y ocho hijos, tuvo sarna seis meses antes de entrar en el hospital, habiendo disfrutado antes de buena salud. La duró un mes la referida afeccion, que desapareció con fricciones de una mezcla de aceite comun, azufre y yemas de huevo. Tres meses despues de disipada la erupcion empezó á sentir dolores en el hipocondrio derecho; y palpándosele encontró en él un tumor ya muy voluminoso; sin embargo continuó trabajando, aunque enflaquecia de dia en dia. La cara, que hasta entonces habia conservado buen color, iba adquiriendo un tinte amarillo pajizo, que se marcaba cada vez mas, y sus fuerzas disminuian con rapidez. De cuando en cuando sentia calos-frios irregulares en su aparicion y duracion, que nunca iban seguidos de sudor. Solo hacia tres meses que habian desaparecido las reglas. Hasta la época de su entrada en el hospital no opuso á su mal sino el uso de cataplasmas emolientes aplicadas al hipocondrio derecho.

Estado de la enferma en la época de su entrada: tinte amarillo pajizo de la cara; bastante gordura aun; fuerzas musculares regularmente conservadas; palpando el abdomen penetraba con facilidad la mano en el hipocondrio y vacio izquierdos; pero en el sitio correspondiente del lado derecho se hallaba un cuerpo resistente, duro, de superficie lisa, que parecia pasar del ombligo, sin que se pudiese precisar positivamente el punto donde cesaba de percibirse, y que hácia arriba se prolongaba por detrás de las costillas que se hallaban ligeramente separadas hácia fuera; la presion era dolorosa, sobre todo cuatro ó cinco dedos á la derecha del apéndice xifoides, donde al parecer se notaban algunas abolladuras; habia sabor amargo habitual; anorexia completa, pero sin náuseas ni vómitos; la lengua estaba natural; se movia el vientre

(1) *Recherches anatomico-pathologiques*, etc., por M. Louis, pag. 393.

de un modo regular una vez al dia; siendo el color de las evacuaciones alvinas moreno verdoso; el pulso era pequeño y frecuente; la piel seca sin aumento de calor; la respiracion libre, y la orina bastante copiosa y transparente: habia un ligero edema al rededor de los maleolos. *(Emplasto de vigo con mercurio al hipocondrio derecho; píldoras de escila.)*

Unos quince dias despues de su entrada en el hospital fué acometida la enferma de un calo-frio violento, seguido de un calor quemante.

Desde este dia disminuyeron las fuerzas con rapidez; se alteraron las facciones; se estinguió la voz, y el pulso se puso muy frecuente y pequeño; al poco tiempo empezó la paciente á vomitar las tisanas; se la entumeció el abdomen, sin estar mas dolorido á la presion que los dias anteriores, y murió vomitando una materia líquida de un verde negruzco.

ABERTURA DEL CADAVER.

Los órganos del cráneo y del torax estaban sanos.

Abdomen. En la cavidad peritoneal habia derramada una gran cantidad de serosidad turbia y lactescente. La superficie esterior de los intestinos y de las paredes abdominales estaba cubierta por membranas falsas blandas, blanquecinas é inorgánicas.

El hígado muy desarrollado se prolongaba hasta la region iliaca derecha, y subia por arriba hasta el intervalo que separa la quinta costilla de la sesta. Su superficie superior ofrecia un gran número de placas blancas de forma irregular, entre las cuales conservaba el órgano su color ordinario.

La mayor parte de dichas placas no sobresalian del parenquima hepático; sin embargo algunas se elevaban por encima de él, y formaban ligeras abolladuras que hubieran podido percibirse al través de las paredes abdominales. Cortado el tegido del hígado ofrecia en su espesor gran número de masas blancas, muchas de las cuales, situadas en la superficie del órgano, constituian las placas antes descritas. Las masas se hallaban formadas de una materia de un blanco agrisado, dura, y atravesada en muchos sitios por vasos capilares; no pocas estaban reblandecidas en su centro, y donde existia el reblandecimiento constaban de una papilla de un gris sucio, y en algunos sitios roja. El mayor de estos tubérculos cancerosos tendria el tamaño de una manzana, y los mas pequeños el de una nuez. La parte del hígado que ocupaba el hipocondrio izquierdo, en vez de presentar como el resto del órgano masas cancerosas aisladas y separadas por un tegido sano, estaba transformada casi en totalidad en uno duro, agrisado, y semi-transparente.

Volviendo el hígado de abajo arriba se desgarró un estenso saco situado en la cara inferior del órgano, y salió de él un pus blanco, cremoso, *dijecente del que resulta del reblandecimiento de las masas cancerosas.* En este saco se abria el conducto cístico, por lo cual, y por su situacion no pudo desconocerse que era la misma vejiga de la hiel llena de pus, segregado por la membrana mucosa inflamada. El conducto hepático era muy voluminoso, y estaba lleno de bilis. El colidoco nada tenia de insólito.

La membrana mucosa gástrica estaba reblandecida y enrojecida en toda la estension del fondo, y la superficie interna del duodeno salpicada de negro.

Esta observacion nos presenta la misma série de síntomas que, como ya hemos visto, acompañan á las afecciones cancerosas del hígado. (Véanse las historias antes referidas.) No habia ictericia ni ascitis, sino solo la presencia de un tumor dolorido en el hipocondrio derecho.

Lo que ofrece de particular este caso es la existencia de una gran cantidad de pus que distendia las paredes de la vejiga de la hiel. ¿Se hubiera podido evacuar este pus por los intestinos pasando al través de los conductos biliarios?

Nótese tambien que la peritonitis aguda que terminó los dias de la enferma, no se anunció con dolor alguno.

LIBRO III.

OBSERVACIONES ACERCA DE LAS PERITONITIS.

SECCION PRIMERA.

PERITONITIS AGUDAS.

En las observaciones siguientes procuraremos llamar la atencion: 1.° acerca de algunas de las causas que por lo regular dan lugar á la inflamacion del peritóneo; 2.° acerca de los diferentes síntomas que revelan la existencia de semejante flegmasia; y 3.° acerca de su curso, pues en ciertos casos es tan aguda, que transcurren pocas horas entre la época de su invasion y la muerte, al paso que en otros, aun cuando siempre aguda por sus síntomas, no es mortal hasta los treinta ó cuarenta dias.

SECCION SEGUNDA.

ENFERMEDADES DE LOS CONDUCTOS ESCRETORES DE LA BILIS.

Los diferentes tejidos que entran en la composicion de las paredes de la vejiga de la hiel, del mismo modo que los conductos colidoco, cístico y hepático pueden ser invadidos aislada ó simultáneamente de inflamacion aguda ó crónica. Esta puede limitarse á un punto mas ó menos circunscrito de la vejiga ó de los conductos, y puede tambien afectarlos en toda su estension. Unas veces por la simple inspeccion anatómica, ó por el estudio de los síntomas, se llega á admitir que la inflamacion de los conductos escretorios de la bilis es consecutiva á una flegmasia del duodeno; y otras por el contrario no hay prueba alguna de semejante dependencia; nada hay que incline á creer que no sea primitiva la accion inflamatoria que ha invadido los conductos escretorios. ¿No acontece lo mismo al esterior? ¿Y si la observacion enseña, por ejemplo, que en gran número de casos la flegmasia de los conductos escretorios de la saliva ó del esperma es consecutiva á una estomatitis ó á una uretritis, no hay otros en que sobreviene tambien ya una ingurgitacion aguda ó crónica del testículo, ya una inflamacion del conducto de Stenon, y de los que reuniéndose le forman, sin que haya habido flegmasia antecedente de la uretra ó de la cavidad bucal?

Las alteraciones de testura que determina la inflamacion en los conductos escretores de la bilis, son numerosas y de muchas especies. Desde luego pueden limitarse á la membrana mucosa, ó estenderse á los tegidos subyacentes á la misma.

La membrana mucosa se puede ulcerar, como en los casos citados por M. Louis; nosotros la hemos hallado considerablemente entumecida, engrosada é hipertrofiada á consecuencia de diversas inflamaciones agudas ó crónicas. Cuando el aumento de grosor existe solo en la porcion de membrana que tapiza la superficie interna de la vejiga de la hiel, no resul-

ta ningun fenómeno particular; pero no acontece lo mismo en los conductos cuya membrana mucosa no puede entumecerse, sin que se obliteren de un modo completo ó incompleto, durable ó pasajero.

Tambien pueden sufrir diferentes especies de alteraciones los tejidos subyacentes á la mucosa. En la vejiga los hemos hallado muchas veces infiltrados de serosidad, y una de materia purulenta. En el mismo receptáculo los hemos visto, ya reblandecidos y profundamente ulcerados, y perforados al mismo tiempo que la mucosa, de donde resultaba un derrame de bilis en el peritóneo, ya engrosados de un modo considerable, endurecidos y escirrosos, y otras veces transformados en tejidos fibrosos, cartilaginosos ó sembrados de placas huesosas; finalmente, en un caso que citaremos mas adelante con detalles, se presentaron en las paredes de la vejiga fibras rojizas, y de apariencia muscular; alteracion observada ya primero por M. Amussat, y despues por M. Louis. En los conductos hepático, cístico y colidoco puede tambien el tejido celular submucoso ó ya reblandecerse y destruirse al mismo tiempo que la mucosa, resultando la perforacion de un punto de sus paredes (véanse mas adelante las observaciones particulares), ó ya engrosarse, endurecerse y ser causa de la obliteracion de los conductos, del mismo modo que en la uretra ciertas induraciones del tejido celular sub-mucoso determinan con frecuencia su estrechez.

Hay casos en que no se halla ningun vestigio de la cavidad de alguno de los conductos escretores de la bilis, observándose solo en su lugar un simple cordon fibroso. Tambien puede disminuir de un modo singular la cavidad de la vejiga, y aun borrarse completamente, aconteciendo á veces hallarse convertida en un cuerpo sólido, donde termina el conducto cístico igualmente obliterado. Puede en fin desaparecer mas completamente aun, y estar ocupada la fosa, donde se aloja, por un tejido celular mas ó menos condensado.

Otras veces es por el contrario mucho mayor de lo regular la cavidad de la vejiga, lo cual parece acontecer sobre todo en los casos en que existiendo un obstáculo al libre curso de la bilis en el conducto colidoco, refluye este líquido á la vejiga, de donde no puede salir para descender al duodeno.

El mismo aumento de dimension puede existir tambien en las porciones de los conductos biliarios situados detras del obstáculo. En un caso particular en que obstruia un cálculo el orificio duodenal del colidoco, estaba tan dilatado en el resto de su estension, que su diámetro igualaba al de la vena porta.

reció fué el dolor, que parcial al principio, se hizo pronto general y bastante vivo para obligar al individuo á acostarse inmediatamente: semejante dolor tuvo por otra parte todos los caractéres del que pertenece á la inflamacion del peritóneo, cuyo diagnóstico confirmaron tambien la tension del vientre sin fluctuacion apreciable, la existencia de copiosos vómitos sin ningun signo de afeccion de la membrana mucosa gástrica y aun la alteracion enteramente especial de las facciones. Sin embargo, en medio de este grave estado el pulso medianamente frecuente y con su fuerza acostumbrada no anunciaba lesion alguna temible, no se hubiera hallado de otra suerte en la mas ligera calentura: estaba lejos de tener la concentracion y pequeñez que se dice pertenecer al pulso de la peritonitis, y que efectivamente se encuentra en ella con mucha frecuencia; prueba entre otras mil de que ninguna enfermedad debe diagnosticarse por un solo signo. Creemos que en un caso semejante hubiera fallado toda la ciencia de Bordeu y Fouquier con relacion al pulso. ¿Carecerá por eso de importancia la consideracion de las pulsaciones arteriales? sin duda que no; pero tampoco debe perderse de vista que los datos que suministra son completamente inexactos en mas de un caso: semejante asercion demostrada por la esperiencia no es menos admisible en teoría, pues en la peritonitis como en todas las enfermedades, el trastorno de la circulacion resulta tan solo de las simpatías que deben variar hasta el infinito bajo el triple aspecto de su existencia, de su naturaleza y de su energía. A la verdad enseña la observacion que cada órgano inflamado modifica de un modo especial los latidos del corazon, ya en su fuerza, ya en su frecuencia, ya en su ritmo, resultando que cada especie de flegmasia va con mas frecuencia acompañada de una especie de pulso que de otra. En efecto en el mayor número de casos hay notables diferencias entre el pulso de la pulmonía, el de la gastro-enteritis, ó el de la pleuresia comparado con el de la peritonitis; pero no es menos cierto que incurriria en singulares errores el que no supiese que al lado de estas reglas generales existen numerosas escepciones.

Cuando entró el enfermo en la Caridad era su situacion de las mas graves: bajo la influencia de un enérgico tratamiento antiflogístico hubo un alivio notable. Al sesto dia no se habia resuelto la flegmasia, pero podia esperarse su curacion ó su paso al estado crónico cuando consecutivamente á la supresion repentina de la transpiracion cutánea, que se habia hecho muy abundante desde la mejoría, recobró la peritonitis un nuevo grado de agudeza, y condujo al enfermo con rapidez á la tum-

ba. La abertura del cadáver nos demostró las lesiones que por lo regular se encuentran en los casos de peritonitis reciente, cuyo curso ha sido muy agudo, á saber: pus y concreciones membraniformes no organizadas todavía. Por otra parte ¿quién puede asignar un término preciso á la época en que empieza esta organizacion? Hay casos en que á las veinte horas de la invasion de una flegmasia del peritóneo se pueden disecar é inyectar los vasos desarrollados en el seno de una concrecion fibrinosa convertida en tegido vivo, y en otros á los muchos meses de peritonitis no se encuentra indicio de organizacion en las capas membraniformes. Indudablemente debe haber causas que motiven tales diferencias: el grado de la inflamacion, la naturaleza de la materia derramada, y otras muchas condiciones locales ó generales que no podemos apreciar, influyen en la mayor ó menor rapidez con que se organizan las seudo-membranas; pero aun cuando estemos ciertos de que estos diferentes efectos implican la idea de diversos agentes que los produzcan, no nos hallamos aun en situacion de poder determinar tales causas. ¿Y hasta conseguirlo qué sabemos? Tan solo que pueden ocasionarse los productos mas diversos bajo la influencia de una congestion sanguínea, variable en intensidad. ¿Pero de qué procede esta diferencia? En el mayor número de casos á lo menos no podemos decirlo, y sin embargo nos importaria conocerla, pues la sola consideracion de la congestion sanguínea nos conduce á un tratamiento único, dirigido puramente contra ella, y que por consiguiente solo puede variar en intensidad. Del conocimiento de las causas, bajo cuya influencia se desarrollan productos especiales de una misma congestion sanguínea, se derivarian probablemente otras indicaciones terapéuticas.

II.ª OBSERVACION.

Un pizarrero de 18 años de edad, de piel morena, cabellos castaños y músculos poco desarrollados, que hacia dos años habitaba en París, disfrutaba de buena salud, cuando el 2 de marzo de 1820 empezó á sentir sin causa conocida dolores abdominales bastante fuertes, que persistieron en los siguientes dias. Tales dolores no eran continuos, ni ocupaban siempre los mismos puntos del vientre; ya afectaban la totalidad, ya se manifestaban tan solo en el uno ó en el otro hipocondrio, en los vacios, y por debajo ó al rededor de la region umbilical. Permaneció en casa sin hacer cama, ni emplear ningun remedio los cinco primeros dias del 2 al 7 de marzo: en este intervalo tuvo muchos vómitos. El 8 de marzo entró en la Caridad, y en la mañana del 9 (sètimo dia de la enfermedad) presentò el estado siguiente:

Cara encendida y bastante tranquila; fuerzas musculares bien conservadas; vientre tenso y resistente sin fluctuacion apreciable, y que ofrecia en toda su estension una viva sensibilidad que se exasperaba al menor movimiento, ó por el mas ligero contacto. En la parte posterior á la altura de las últimas costillas era muy dolorosa la percusion en los dos lados de la columna vertebral. El pulso se hallaba pequeño, frecuente y un poco irregular; la piel caliente y seca; habia amargor de boca, una capa amarillenta en la lengua, y constipacion. A pesar del mucho tiempo que habia pasado desde la invasion de la enfermedad eran aun bastante agudos los síntomas de la peritonitis para poder esperar algun éxito de las emisiones sanguíneas (*treinta sanguijuelas al abdomen, dos medias lavativas de raiz de malvavisco con la adicion de media onza de aceite de almendras dulces en cada una, fomentos emolientes al abdomen, tisana de linaza y pocion oleosa*) (1).

El enfermo se alivió sensiblemente despues de la aplicacion de las sanguijuelas.

En la mañana del dia 10 (octavo) estaba el vientre menos tenso y mucho menos dolorido; el pulso muy pequeño daba ciento cuarenta latidos por minuto, habianse notado repetidos vómitos de las bebidas y dos evacuaciones de vientre. (*Ocho sanguijuelas al ano.*)

En los tres dias siguientes no hubo vómitos; los dolores abdominales que el dia 11 se escitaban por una presion egercida con alguna fuerza, no se percibian el 12 por el mismo medio. El pulso conservaba su frecuencia, y se habia establecido una copiosa diarrea (*en cada uno de estos dos dias se aplicaron ocho sanguijuelas al ano*). Sin embargo la peritonitis que no se anunciaba por el dolor, se hallaba aun suficientemente caracterizada por la tension y la resistencia del vientre, que por otra parte no ofrecia fluctuacion apreciable. El 13 se permitieron dos caldos.

El 14, duodécimo dia de enfermedad, el vientre muy timpanizado se habia vuelto á poner dolorido (*veinticuatro sanguijuelas al hipogastrio*). Al siguiente dia cesaron la exacerbacion del dolor y la timpanitis, y sin embargo no disminuyó la frecuencia del pulso; persistia la diarrea, y la cara estaba habitualmente encendida y madorosa.

El décimo cuarto dia despues de apremiantes instancias del enfermo se le concedió una crema de arroz. Una hora despues de la visita amenazó abandonar el hospital si no se le concedia mas alimento: con efecto se levantó, se vistió, y con un paso bastante firme atravesó la sala. Habiéndose calmado y vuelto á su cama no presentó nada insólito en el resto del dia. Por la tarde

---

(1) La pocion oleosa del hospital de la Caridad consta:

R. De aceite de ricino. . . . . dos onzas.
De jarabe de achicorias. . . . . dos onzas.
Mézclese y aromaticese con agua de menta. . . dos dracmas.

Como conocen nuestros comprofesores, es un purgante muy suave, que se administra cuando se pretende evacuar sin irritar mucho el tubo digestivo. (*N. de los TT.*)

empezò à vomitar, pasó toda la noche dando gritos agudos, y murió en la madrugada del dia 17, décimo quinto desde la primera aparicion de los dolores. No pudo saberse si se habia procurado alimentos.

ABERTURA DEL CADAVER.

El peritóneo parietal y el visceral se hallaban unidos con íntimas adherencias. Los intestinos se encontraban como soldados por medio de capas gruesas, blancas y membraniformes que no presentaban ningun rudimento de organizacion. Por debajo de ellas ofrecia una viva inyeccion el tegido celular interpuesto entre la membrana serosa y la túnica carnosa de los intestinos. Las membranas falsas que reunian à estos últimos, circunscribian entre si espacios en forma de celdas que contenian un líquido de aspecto lechoso, el cual existia en gran cantidad en la escavacion de la pelvis, en los dos vacios, y entre la cara superior del hígado y el diafragma.

Ninguna membrana falsa cubria al estòmago que se hallaba medianamente distendido por gases. Su superficie interna estaba pàlida, y su mucosa era del grueso y consistencia ordinarios; el mismo estado ofrecian los intestinos delgados. Los plexos de Peyero eran aparentes en forma de puntos negros aglomerados. La mucosa de los intestinos gruesos estaba tambien blanca y cubierta de gran número de puntitos negros, aislados unos de otros y rodeados por una ligera elevacion de la mucosa (*Foliculos*).

Los pulmones sanos y notables por la falta completa de ingurgitacion.

Ninguna lesion apreciable en los centros nerviosos.

En este enfermo túvo el principio de la peritonitis diferente fisonomía, si podemos espresarnos asi, que la descrita en la primera observacion. En esta los dolores llegaron de repente á su mayor grado de intensidad, y fueron desde luego acompañados de los síntomas mas graves; en la actual es cierto que existieron algunos vómitos al mismo tiempo que los primeros dolores, pero no se vió obligado el enfermo á guardar cama, y si al principio tuvo calentura fué muy ligera: desaparecian los dolores por intervalos, y cuando se reproducian no era siempre en los mismos puntos; por cuyos caractéres fácilmente se hubieran podido calificar de simples dolores de los llamados reumáticos ó nerviosos, que aunque notables por su intensidad, no van por otra parte acompañados de ningun síntoma alarmante. Debe saberse que tal es el principio de cierto número de inflamaciones de las membranas serosas: en los casos de aracnoiditis la cefalalgia precede con frecuencia muchos dias á los demas síntomas; en el tomo segundo de esta obra hemos citado casos de pleuresia, en los cuales los enfermos no tuvieron al principio sino dolores movibles é intermitentes en muchos pun-

tos de las paredes torácicas, que no iban acompañados de tos, de disnea, ni de calentura; pero que mas adelante se hacian constantes y fijos en un punto, manifestándose entonces los síntomas ordinarios de la pleuresia.

Cuando vimos al enfermo era escesivo el dolor peritoneal, el cual disminuyó inmediatamente despues de una aplicacion de sanguijuelas al abdomen, desapareciendo á los dos dias, aun cuando persistiesen los demas síntomas de la peritonitis, y coincidiendo con su cesacion una copiosa diarrea. Sin embargo estábamos lejos de obtener la curacion; era uno de los casos en que las enfermedades pasan del estado agudo al crónico, solo que este tránsito se verificaba antes del tiempo acostumbrado. Este individuo es uno de aquellos en quienes hemos visto desaparecer con la mayor prontitud el dolor de la peritonitis despues de haber sido muy intenso, sin que tal desaparicion coincidiese con un alivio notable de los síntomas. Véase con que facilidad se reprodujo en seguida el dolor que en cierto modo estaba adormecido. La primera recaida se alivió con otra aplicacion de sanguijuelas; en la segunda no se hizo tal aplicacion, y aparecieron los síntomas á consecuencia de una fuerte emocion moral y de un ligero egercicio hecho por el paciente. La última recaida le arrebató á la tumba, y sin duda seria difícil asegurar cual fué la causa de su muerte, pues pocas horas antes de morir disfrutaba de bastantes fuerzas, y la inspeccion cadavérica no manifestó lesion en ningun órgano mas que en el peritóneo: los pulmones con especialidad no se hallaron ni aun ingurgitados. Asi es que este individuo pasó sin agonía de la vida á la muerte en medio de atroces dolores anunciados por gritos contínuos durante sus últimos momentos. No sucumbió por debilidad, pues pocas horas antes de su muerte tuvo bastantes fuerzas para vestirse solo y andar.

Este caso es á propósito para persuadir que los vómitos que con tanta frecuencia acompañan á la peritonitis en sus diversos periodos, están lejos de ser siempre dependientes de una flegmasía gástrica: en efecto vomitó el enfermo hasta el último momento de la muerte, y sin embargo se encontró perfectamente sana la membrana mucosa del estómago. Nótese tambien cuán poco pronunciada era la alteracion de los intestinos (simple hipertrofía de los folículos con coloracion circular negra á su alrededor), aunque habia una copiosa diarrea desde muchos dias antes. Por último en la existencia de numerosas celdas en cuyo seno se hallaba encerrado el líquido derramado, se encuentra la causa de la oscuridad de la fluctuacion en el caso presente, como en otros muchos en que es bastante considerable la colec-

cion purulenta ó serosa. Tampoco hallamos aun ningun indicio de organizacion en las seudo-membranas, y sin embargo aconteció la muerte el décimo-sétimo dia.

III.ª OBSERVACION.

Un azogador de espejos, de 19 años de edad, manejó mucho mercurio durante el invierno de 1822, y se acostó en una habitacion donde le habia, no tardando en sufrir grandes temblores de los miembros, que cesaron espontáneamente cuando cambió de trabajo y ocupacion. Sin embargo conservaba un estado de debilidad general, y no tenia apetito. El 29 de junio sin causa conocida fuè acometido de varios dolores abdominales y de vómitos, y el 1 de julio se hallaba en el siguiente estado.

La cara, pàlida y contraida, espresaba la mas viva ansiedad; el enfermo no sentia dolor alguno, pero la mas ligera presion los desarrollaba atroces; el abdomen estaba tenso y meteorizado en el trayecto del colon sin fluctuacion apreciable, y la lengua encendida y un poco seca; la sed era viva; durante las últimas veinte y cuatro horas habia vomitado el paciente en varias veces bastante cantidad de bilis verde; llevaba dos dias sin mover el vientre; el pulso era frecuente y pequeño, y la piel estaba caliente y seca (*sangria de diez y seis onzas, inmediatamente treinta sanguijuelas al abdomen, à las cuatro de la tarde dos onzas de aceite de ricino para tomar á cucharadas, solucion de jarabe de goma acidulada con el ácido de limon, cuatro medias lavativas emolientes, un baño de asiento, fomentos emolientes al abdomen*).

La sangre que salió de la vena se reunió en un estenso coágulo, cubierto por una costra inflamatoria delgada. El enfermo vomitò aun bilis verde, y movió el vientre cinco ò seis veces durante el dia.

El dia 2, cuarto de la enfermedad, era mucho mas natural la espresion de la cara, habia disminuido la rubicundez de la lengua, el pulso, débil, no estaba muy frecuente, y el calor de la piel era moderado: durante la noche habia existido una transpiracion bastante copiosa, pero sin disminuir el dolor ni la tension abdominal; de modo que aun cuando se habian aliviado los síntomas generales, los locales conservaban toda su intensidad (*sesenta sanguijuelas al abdomen*).

Hasta el dia siguiente por la mañana tuvo náuseas el enfermo, pero no vomitó; tan solo movió una vez el vientre à consecuencia de cada una de las dos medias lavativas que se le pusieron. La evacuacion producida por las sanguijuelas le hizo caer en un estado de estremada debilidad; el pulso, apenas sensible, adquirió mucha frecuencia; las estremidades se pusieron heladas, y al siguiente dia por la mañana la profunda alteracion de las facciones, y el considerable abatimiento en que estaba sumido el paciente, parecian anunciar su pròximo fin (*una onza de aceite de ricino, las bebidas y fomentos de los dias anteriores, sinapismos á las piernas*).

En el transcurso del dia recobró las fuerzas, y en la mañana del 4 de julio (sesto dia) habia un notable alivio; las facciones despejadas, el abdomen menos dolorido, el pulso menos frecuente y mas fuerte, el calor de las estremidades mas desenvuelto, y seis deposiciones por medio del aceite (*bebidas, fomentos y lavativas emolientes*). Por la noche sobrevino un copioso sudor, y por primera vez algo de sueño.

En el dia sétimo continuó la mejoría, era tranquila la espresion del rostro, y no se aumentaba el dolor aunque se comprimiese con fuerza el abdomen.

Del octavo al décimo cuarto dia parecieron aliviarse cada vez mas los síntomas de la peritonitis aguda: disminuyeron de dia en dia la tension y dolor del abdomen; la fluctuacion era oscura, el pulso medianamente frecuente, y poco elevado el calor de la piel; cesaron las náuseas y los vómitos; habia apetito y diarrea (cinco ó seis defecaciones cada veinte y cuatro horas). Tan solo desde el décimo dia se concedió al paciente un ligero alimento: *una crema de arroz y dos caldos*. Desde el décimo cuarto al vigésimo cuarto dia disminuyó el abdomen de volúmen, y se puso casi indolente, continuando la diarrea, y estando siempre un poco frecuente el pulso. Durante este tiempo tomó tan solo el enfermo *algunas cremas de arroz, caldos y huevos pasados por agua*. El dia vigésimo quinto vomitó una panatela que se le concedió, y se desarrollaron dolores abdominales, que luego cedieron bajo la influencia de una severa dieta prolongada por muchos dias.

Durante los doce primeros de agosto adquirió cada vez mas flexibilidad el abdomen, en el que no se producia dolor alguno, aun cuando se comprimiera de delante atrás ó lateralmente: el pulso solo tenia una ligera frecuencia, y el calor de la piel era natural; se moderó la diarrea: redújose el alimento á *una crema de arroz, dos caldos y uno ó dos huevos pasados por agua* cada veinticuatro horas. Este sugeto llegó al cuadragésimo-quinto dia de la peritonitis, y todo parecia anunciar una feliz terminacion, cuando tuvo la imprudencia de interrumpir el régimen severo á que se habia sometido, comiendo *una pierna de pollo*: desde entonces se reprodujeron los vómitos acompañados de una copiosa diarrea y una fiebre intensa. Durante la noche del dia cuadragésimo-quinto al cuadragésimo-sesto apareció en el lado izquierdo del torax un dolor vivo que persistia en la mañana del último, siendo al mismo tiempo la respiracion corta y acelerada. El enfermo tosia sin espectorar, y creia ahogarse aunque el abdomen ni estaba mas tenso ni mas dolorido; habia recobrado insensiblemente las fuerzas en los últimos quince dias, pero entonces cayó en el último grado de abatimiento. La percusion reveló menor sonoridad en la parte izquierda y posterior del pecho, próximamente en la estension del lóbulo inferior del pulmon del mismo lado; en el mismo sitio se percibia una mezcla de estertor mucoso y crepitante (*sangría de doce onzas*).

En los dos dias siguientes se aliviaron los síntomas referentes al pecho, el enfermo no se quejaba de opresion, y sin embargo su respiracion era notablemente mas corta que antes de la última recaida: por otra parte la percusion y la auscultacion continuaban anunciando un infarto inflamatorio de una parte del pulmon izquierdo. Semejante neumonía permaneció latente los quince dias sucesivos (hasta fines de agosto). No se recuperaban las fuerzas, el pulso conservaba su frecuencia, siendo evidente que este individuo se hallaba bajo la influencia de una flegmasía crónica con síntomas locales poco pronunciados. A principios de setiembre cometió nuevas imprudencias respecto del régimen: tuvo una violenta indigestion por comer una gran cantidad *de uvas malas*. En sesenta y ocho horas adquirió la cara un aspecto cadavérico, se enfriaron las estremidades, cesó de latir el pulso, y murió el paciente sin agonía, conservando integras las facultades intelectuales.

ABERTURA DEL CADAVER.

Las circunvoluciones intestinales se hallaban reunidas por medio de membranas falsas, muchas de las cuales tenian ya el aspecto celular, y estaban atravesadas por numerosos vasos; otras mas blandas, y que parecian de mas reciente formacion, cubrian la cara convexa del hígado; los vacios y la escavacion de la pelvis se hallaban ocupados por un pus espeso. La superficie interna del estómago, duodeno, yeyuno é ileon hasta cuatro ó cinco dedos por encima de la válvula ileo-cecal, estaba pálida y sin alteracion apreciable. En el último trozo existian cuatro úlceras anchas, con el fondo blanco formado por el tejido laminoso, y los bordes un poco parduscos á la misma altura que el fondo. Entre las úlceras conservaba tambien su blancura la membrana mucosa. Inmediatamente debajo de la válvula ileo-cecal habia otra úlcera del mismo aspecto y del tamaño de una peseta de cinco reales. En el resto de los intestinos gruesos estaba pálida la membrana mucosa, y tenia el grosor y consistencia naturales.

El bazo era poco voluminoso y denso. El lóbulo inferior del pulmon izquierdo impermeable al aire presentaba una mezcla de induracion roja y gris. En los demas órganos no habia nada notable.

La enfermedad, que es objeto de esta historia, ofreció cuatro periodos dignos de consideracion: 1.º aquel en que empezó la peritonitis, y caminó de un modo agudo; 2.º el tránsito de esta flegmasia al estado crónico; 3.º otro durante el cual se disiparon en la apariencia todos los síntomas de la peritonitis; y 4.º la última época comprendida entre el momento de la invasion de la pulmonía y el de la muerte.

En el primer periodo debemos observar la repentina invasion del dolor abdominal, que adquirió de repente su mayor intensidad; los vómitos, que coincidieron con la lengua encendida y seca, lo cual no aconteció en los dos enfermos precedentes; el alivio gradual de la afeccion bajo la influencia de las emisiones sanguíneas; el estado de debilidad grave en la apariencia, en que cayó el enfermo á consecuencia de la última de estas emisiones, pero que se disipó con prontitud, y fue seguido de un alivio notable de los síntomas, tanto generales como locales.

En el segundo periodo cesaron los vómitos, y desapareció el dolor, pero el abdomen conservó un grado de tension que anunciaba existir aun la flegmasia peritoneal. Parécenos un hecho importante la facilidad con que volvia momentáneamente la perito-

nitis al estado agudo, á consecuencia del mas ligero aumento en la alimentacion habitual del enfermo.

Mas adelante desapareció hasta la tension del abdomen; todo al parecer anunciaba que se resolvia la peritonitis; sin embargo, en la inspeccion del cadáver verificada mucho tiempo despues, se encontraron aun graves alteraciones en el peritóneo, á saber, pus derramado en diversos puntos de la cavidad de esta membrana. Las adherencias celulares indicaban la curacion de la flegmasia, pues las hemos hallado en sugetos que muchos años antes habian tenido todos los síntomas de una peritonitis aguda, de que estaban curados, sin haberse quejado en la época en que los vimos de ningun dolor en el abdomen. Por lo demas, si tales adherencias eran multiplicadas, si unian íntimamente entre sí todas las circunvoluciones intestinales, se concibe que podian dar lugar por una parte á una modificacion en la forma del vientre, y á la tension habitual de la cavidad abdominal, y por otra al transtorno mayor ó menor de las funciones digestivas. Sea lo que quiera, se deduce de la observacion actual que aun cuando desaparezcan todos los síntomas locales de una flegmasia aguda ó crónica del peritóneo, no por eso cesa en todos los casos de existir la alteracion de la serosa; lo cual tambien es aplicable á las inflamaciones de todos los órganos: hay pocos en los que no haya demostrado la anatomía patológica que puede sobrevivir un resto de lesion á los síntomas que la anunciaban. ¿Qué acontece entonces? Por lo regular continua, aunque falten los síntomas, influyendo el órgano que sufre de un modo vicioso, ya en la circulacion, y de aquí la persistencia de un estado febril mas ó menos pronunciado, ya en la nutricion, por cuyo motivo no se restablecen las fuezas ni la gordura. Sin embargo, como no hay síntomas agudos, se cree el enfermo en convalecencia, de la que aun está distante; y entonces el menor esceso en el régimen, la menor imprudencia, ocasionan una recaida que consiste solo en activarse una flegmasia, que estaba amortiguada, pero no estinguida.

En nuestro enfermo hubo un esceso en el régimen, siendo notable que no se resintió de su perniciosa influencia el órgano primitivamente afecto, pues no volvieron á presentarse los síntomas de la peritonitis. Tampoco se afectó la membrana mucosa intestinal, y sí aparecieron todos los síntomas de una pulmonía aguda, que pasó en poco tiempo al estado crónico, y que se hubiera creido curada, del mismo modo que la peritonitis sin el auxilio de la auscultacion y de la percusion.

En tal estado de cosas en que muchos órganos se hallaban afectados á la vez crónicamente, la menor conmocion insólita de

la economía, el menor choque impreso á una máquina ya desarreglada en muchos puntos, bastó para destruirla, suspendiendo probablemente la accion del sistema nervioso, que despues de mucho tiempo se habia separado de su estado normal. ¿De qué modo, sino, puede esplicarse la manera de morir este sugeto á consecuencia de un nuevo esceso en el régimen, y sin que por otra parte se exasperasen los síntomas de la triple afeccion del pulmon, de los intestinos y del peritóneo?

No concluiremos estas reflexiones sin observar las úlceras que existian en la terminacion de los intestinos delgados, y que estaban enlazadas con una antigua diarrea, que solo cesó por intervalos desde que se administró el aceite de ricino al principio de la peritonitis. Compárese ahora el estado de los intestinos en este sugeto y en el precedente, que teniendo tambien diarrea, ofrecia diverso modo de alteracion.

IV.ª OBSERVACION.

Peritonitis por violencia esterior.

Un obrero de los puertos, de mediana edad y constitucion robusta, recibió en el abdomen, á las inmediaciones del ombligo, una coz de caballo: no se produjo solucion de continuidad; pero sí se formó un estenso equimosis, tanto en el punto contuso como á su alrededor; sobrevinieron inmediatamente muchos vómitos, y á cosa de las tres horas se desarrollaron dolores abdominales muy vivos. Al siguiente dia entró en la Caridad con todos los síntomas de una flegmasia aguda del peritóneo: abdomen tenso, meteorizado en el trayecto del colon, y tan dolorido que no podia el enfermo soportar el peso de las cubiertas de la cama; vómitos muy repetidos de bilis porrácea; constipacion; cara pálida y contraida; pulso frecuente y débil, y piel fria. Tan postrado parecia hallarse este sugeto, que no creyó conveniente M. Lerminier practicar una sangría general, y prescribió *treinta sanguijuelas al abdomen, dos vejigatorios á las piernas, lavativas y fomentos emolientes.* En las veinte y cuatro horas siguientes no se obtuvo ningun alivio, y el enfermo murió del quinto al sesto dia.

ABERTURA DEL CADAVER.

Derrame de sangre negruzca medio coagulada entre las fibras de los músculos abdominales. El peritóneo destinado á cubrir las paredes del abdomen se hallaba separado de ellas por la misma sangre, que teñia su superficie esterna; ocupaba la cavidad del peritóneo un líquido semejante al suero no clarificado, en medio del cual nadaban copos blanquecinos, estando muchos de ellos estendidos en capas sobre gran número de circunvoluciones intestinales, el colon ascendente y descendente, el estómago y el hígado. En cinco ó seis sitios de estas concreciones membraniformes se observaban puntos rojos muy distintos, y en otros algunas líneas rojizas. Debajo de las membranas falsas

ofrecia el peritòneo una inyeccion bastante viva, que parecia residir principalmente en el tejido celular situado detras de él mismo. Ni en la superficie interna del tubo digestivo, ni en los demas órganos se encontrò alteracion alguna apreciable: los riñones eran únicamente notables por su estremada palidez, y no habia orina en la vejiga.

Esta observacion es notable por la causa bajo cuya influencia se desarrolló la peritonitis, por la rápida sucesion de los síntomas, y por la pronta terminacion mortal de la enfermedad. No hubo ninguna complicacion; los accidentes y la muerte fueron solo resultado de la inflamacion del peritóneo, ó hablando con mas exactitud del trastorno simpático que la flegmasia determinó en el sistema nervioso; de donde el repentino decaimiento de las fuerzas, la falta de sangre en los capilares de la piel, la suspension de la calorificacion, y la debilidad de los latidos del corazon, que al mismo tiempo que disminuian en fuerza, se fueron haciendo mas frecuentes. Dedúcese de esto que la produccion del calor cutáneo no depende únicamente de la rapidez de la circulacion. Por otra parte, los centros nerviosos se modificaron solo en cierto órden de sus funciones; pues hasta el último momento no se observó ningun trastorno de las facultades intelectuales y sensoriales, ni tampoco los pulmones sufrieron cambio alguno en el desempeño de la hematosis, de modo que sin haberse alterado la respiracion, sin ningun estado intermedio, se estinguió de repente con los latidos del corazon, desapareciendo de esta suerte la vida sin dejar alteracion alguna apreciable en los órganos, cuya aparente integridad parece ser una garantía de su sosten.

En una de las anteriores historias hemos hecho observar la falta completa de organizacion de las seudo-membranas halladas en un caso de peritonitis, á pesar de ser antigua. En la actual, por el contrario, era mas reciente la invasion de la flegmasia, y atestiguaban no obstante los puntos y líneas rojas halladas en el seno de muchas concreciones membraniformes que empezaba á verificarse un acto de organizacion. Ademas nos parece que este hecho prueba de un modo irrefragable que puede formarse la parte roja de la sangre en medio de las membranas falsas, sin que sea necesario que se prolonguen hasta ellas para conducirla los vasos de la serosa.

V.ª OBSERVACION.

Peritonitis, cuyo principio coincidió con la desaparicion de un reumatismo articular. Derrame rojo en el peritóneo. Vicio de conformacion de la vejiga de la orina.

Un hombre de 57 años de edad, que se hallaba atacado de una antigua incontinencia, y que durante los tres últimos meses habia padecido por intervalos diarrea, se encontraba aquejado de un reumatismo articular agudo con calentura, cuando entró en la Caridad á principios de noviembre de 1821. Hasta el 16 del mismo mes se habian hinchado y dolidole sucesivamente diversas articulaciones. El 17 ocupaba el reumatismo las dos muñecas y el hombro izquierdo, persistia el movimiento febril, y nada anunciaba que estuviesen afectados otros órganos. Durante el dia cesaron de repente los dolores, y se desincharon las articulaciones que acabamos de indicar, sin que se afectase ninguna otra; por primera vez sintió el enfermo vivos dolores en el abdomen, que se aumentaron por la noche, y que eran tan intensos al siguiente dia 18 por la mañana, que le obligaban á dar gritos: la presion no los exasperaba ni disminuia. El rostro, pálido, espresaba la mas viva ansiedad; el paciente se quejaba de frio, y en efecto era poco elevada la temperatura de la piel; el pulso muy frecuente permanecia duro. Este nuevo conjunto de síntomas se parecia á lo que los médicos antiguos designaban con el nombre de *metastasis reumática*. La principal indicacion parecia ser llamar la irritacion á su asiento primitivo: con este objeto *se aplicaron sucesivamente cataplasmas sinapizadas á las diversas articulaciones, al mismo tiempo se pusieron gran número de sanguijuelas al abdomen, en seguida se dió al enfermo un baño caliente, se hicieron fricciones estimulantes en los miembros*, y por la tarde *se aplicaron dos vejigatorios á los muslos*. Estos diversos medios fueron inútiles, y en la mañana del dia siguiente 19 se habia empeorado singularmente el estado del enfermo: el dolor abdominal, estendido á todo el vientre, habia adquirido el mayor grado de intensidad; se aumentaba por la presion, y aun por el mas lijero contacto, lo cual no acontecia la víspera; ademas el abdomen habia adquirido un notable desarrollo, percibiéndose en él una fluctuacion evidente. Notábanse algunas náuseas sin vómitos, y el pulso siempre muy frecuente habia perdido su dureza, y presentaba algunas intermitencias. El enfermo sucumbió en la noche del 19 al 20 antes de terminarse el tercer dia desde la invasion de los dolores abdominales.

ABERTURA DEL CADAVER.

Apenas se abrieron las paredes abdominales salió una oleada de líquido de un rojo intenso, en medio del cual nadaban algunos copos blanquecinos. Toda la masa intestinal estaba teñida de rojo, y en la superficie de muchas circunvoluciones habia depositadas concreciones membraniformes del mismo color. El líquido que ocupaba el peritóneo, parecia enteramente sangre recien estraida de una vena, sin que por otra parte se observase nada parecido á cuajarones, ni se encontrára abierto ningun vaso grueso. En el interior del tubo dijestivo no se halló mas lesion que un desarrollo muy pronunciado de los folículos de la terminacion de los intestinos delgados, del ciego, y del prin-

cipio del colon; cuyos folículos se hallaban limitados por un círculo negro, y ofrecian en su centro un punto tambien negro. Ademas existia en el espesor de las paredes del colon ascendente un quiste seroso del volúmen de una avellana, desarrollado entre la túnica carnosa y la membrana mucosa, á la cual elevaba.

En el vértice de la vejiga de la orina habia un estenso saco ovoideo, que prolongándose por detras de la masa de intestinos delgados, se adheria á la tercera porcion del duodeno por su estremidad superior: tal adherencia debida al parecer á membranas falsas de reciente formacion, se destruia con facilidad. En su interior tenia el saco un aspecto análogo al de la vejiga, y en sus paredes se podian seguir las diversas túnicas que se hallan ordinariamente en esta, diferenciándose solo en que las fibras de la muscular estaban poco desarrolladas, y entrelazadas con mucho tejido celular. Esta especie de vejiga supernumeraria se comunicaba con la normal por una abertura que estrechaba un reborde grueso muy parecido á la válvula pilórica, á cuya formacion contribuia la mucosa, y aun mas el tegido celular muy condensado. En la parte derecha de las inmediaciones de la abertura habia otro saco pequeño, en el cual cabia una nuez, y que comunicaba tambien con la vejiga normal; le separaba del grande un tabique que sobresalia en la cavidad de este. En sus paredes podian tambien continuarse las diversas túnicas de la vejiga.

En los volúmenes precedentes hemos citado casos de pulmonías, pleuresias y pericarditis, cuya invasion coincidió con la desaparicion de afecciones reumáticas agudas: análoga es la observacion que acaba de leerse: una peritonitis reemplazó á un reumatismo. Poco importa llamar al cambio de sitio de la enfermedad metastasis, ó de otro modo, con tal que no se olvide el hecho, con tal que se sepa que la desaparicion repentina de un reumatismo produce muchas veces una flegmasia interna que en virtud de las disposiciones individuales invade tal ó cual órgano, pero sobre todo las membranas serosas. El primer dia que en nuestro enfermo se manifestaron los dolores abdominales, se parecian á lo que vulgarmente se llama un reumatismo fijo en las entrañas, y tenian el notable carácter de no aumentarse con la presion: en tal estado no habia seguridad de que existiese peritonitis, y de consiguiente el pronóstico no era aun decididamente grave. Efectivamente, en muchos casos se desarrollan de repente, como en el actual, dolores abdominales vivos, atroces, en sugetos que padecen ó han padecido reumatismo; tales dolores se disipan con mas ó menos prontitud, sin dejar vestigio alguno de afeccion grave, y entonces puede cuando menos dudarse que sean resultado de

una inflamacion del peritóneo. Pero en el enfermo que constituye el objeto de la historia actual, no fué así, y desde el segundo dia de la aparicion de los dolores era patente la existencia de una peritonitis: se percibia en el abdomen una fluctuacion cuya evidencia era una circunstancia notable, pues por lo regular durante los primeros dias de una peritonitis se reconoce el derrame abdominal mas bien por la tension, la resistencia de las paredes, y la modificacion de la forma del vientre que por el escesivo aumento de su volúmen, y la existencia de la fluctuacion. Aquí aconteció lo contrario, esplicándolo la naturaleza del líquido hallado en el peritóneo: era sangre, ó á lo menos serosidad unida á la materia colorante de aquella, abundantemente exhalada en un corto espacio de tiempo por la superficie interna de la serosa; ademas habia copos, membranas falsas que atestiguaban ser la hemorragia dependiente de un estado inflamatorio del peritóneo. Por otra parte el presente caso es uno de los mas agudos de peritonitis, sin existencia de perforacion intestinal, que hemos tenido ocasion de observar. Apenas pasaron tres dias entre la invasion de los primeros dolores abdominales y la época de la muerte; y sin embargo, como en la observacion IV, no se encontró alterado de un modo apreciable para nosotros ninguno de los órganos necesarios á la vida (corazon, pulmon, centros nerviosos).

VI.ª OBSERVACION.

Peritonitis aguda á consecuencia de un parto. Duodenitis con ictericia.

Una mujer, de 29 años, parió con facilidad y prontitud un niño de todo tiempo; inmediatamente despues del parto tuvo un copioso flujo de sangre, que se combatió con las aplicaciones del hielo en el hipogastrio, y del jugo de limon al cuello uterino. Los loquios fluyeron segun costumbre. Al cuarto dia, sin causa conocida, se suprimió el flujo, y se presentaron dolores muy vivos en el abdomen. En la mañana del quinto dia entró esta mujer en la Caridad, y tenia el abdomen muy meteorizado y dolorido á la presion; la respiracion acelerada, sin tos ni espectoracion; el pulso frecuente y pequeño; la piel caliente y seca, y la lengua natural; no se habia movido el vientre en los dos últimos dias; no existian náuseas ni vómitos, y la cara estaba pálida y alterada; la enferma parecia hallarse profundamente abatida. Por lo demas no se notaba tumor alguno por encima del pubis, y pudo tocarse el cuello del útero sin producir dolor *(veinte sanguijuelas al vientre, una onza de aceite de ricino en un caldo de yerbas; fomentos y lavativas emolientes)*. Cuantas veces ensayó la enferma tomar el aceite de ricino lo vomitó. Durante el dia se abatió cada vez mas, estendiéndose un tinte amarillento por su rostro; y en la mañana del sesto dia tenia una ictericia muy pronunciada. Por lo demas el abdomen se conservaba siempre meteorizado y dolorido, sin haber mas cambio

en su estado que el aumento gradual y casi instantàneo, digámoslo asi, de la postracion. Sucumbiò por la tarde, seis dias despues del parto, y tres no cumplidos desde la invasion de los dolores abdominales. Pocas horas antes de la muerte era muy considerable el entumecimiento del vientre, y en toda su parte anterior sonaba como un tambor.

ABERTURA DEL CADAVER.

El abdomen estaba meteorizado como durante la vida. Al abrir las paredes del vientre se picò una circunvolucion intestinal, y salió silbando del tubo digestivo una gran cantidad de gas. Los intestinos se hallaban unidos por medio de masas blanquecinas, albuminosas, que estaban entre ellos, y no ofrecian indicios de organizacion. Llenaba la escavacion de la pelvis un pus blanco y espeso; muchos puntos del tegido celular sub-peritoneal tenian una viva inyeccion: la cara interna del estómago era pàlida, pero en todo el duodeno habia una rubicundez intensa; por el tegido celular sub-mucoso de los intestinos delgados y del ciego atravesaban muchos vasos capilares; el resto de los intestinos gruesos estaba blanco y lleno de materias fecales endurecidas. El hígado no ofreció alteracion alguna apreciable en sus conductos ni en su parenquima. El útero que habia vuelto à su volúmen ordinario no sobresalia del pubis, y presentaba una gran cavidad, cuya superficie interna era rojiza. En los órganos del cràneo y del torax nada notable habia.

Esta peritonitis fué de mas corta duracion que la que forma el objeto de la quinta observacion. Recayó en una recien-parida, cuyo único accidente habia sido una metrorrágia, y no dependió de ninguna causa esterna apreciable. El síntoma local que debe fijar nuestra atencion es el considerable meteorismo que se desarrolló al mismo tiempo que se manifestaron los dolores abdominales. Hubiera podido creerse que constituia por sí solo la enfermedad, y desconocerse la flegmasia del peritóneo. Los dolores causados por esta se exasperaron sin duda por la distension estraordinaria que esperimentó la túnica serosa de los intestinos. Por otra parte, la considerable proyeccion de gases intestinales se hallaba en relacion con una inyeccion sub-mucosa bastante viva de los intestinos delgados y del principio de los gruesos. Podíamos prometernos hallar el estómago mas ó menos afectado á causa de la estremada susceptibilidad que manifestó, cuando ensayamos administrar á la enferma el aceite de ricino con el objeto de combatir una constipacion que era causa del aumento del metorismo; sin embargo, el estómago estaba sano en apariencia; pero habia en el duodeno

una inflamacion, que era tanto mas notable, cuanto que coincidia con una ictericia sin lesion alguna apreciable en el hígado. Los primeros indicios de la ictericia aparecieron á consecuencia de los vómitos que provocó el aceite de ricino: notable ejemplo de lo que influye la disposicion individual, pues no sucedió lo mismo á los individuos de las precedentes observaciones, siendo así que á la mayor parte se dió tambien el aceite de ricino. ¿Se vomitó el medicamento porque habia ya duodenitis antecedente, que exasperada por él se propagó á los conductos biliarios, y produjo la ictericia; ó bien fué el aceite la primera causa de la inflamacion del duodeno? Notemos á propósito de este hecho la imposibilidad de establecer reglas fijas é invariables acerca de la oportunidad de la administracion de los medicamentos y de sus efectos. Tal vez contribuyó mucho la duodenitis á la estremada postracion en que cayó de repente la enferma, y en medio de la cual murió.

VII.ª OBSERVACION.

Peritonitis consecutiva á una metritis aguda en una recien-parida.

A principios de diciembre de 1820 parió por primera vez naturalmente, pero con muchos dolores y dificultad, una mujer de 31 años. Al cuarto dia despues del parto fué acometida, sin causa conocida, de una calentura violenta, y de un vivo dolor en el hipogastrio. En la misma tarde entró en la Caridad; se sentia débil y abatida; presentaba un tumor globuloso y dolorido á la presion, que sobresalia mas de tres dedos por encima del pubis, y que por su forma y posicion parecia ser el cuerpo del útero aumentado de volúmen; el dolor hipogástrico era menor que el de las ingles; el resto del abdomen se hallaba blando é indolente; no habia flujo alguno por la vagina, y el cuerpo del útero parecia entumecido, y estaba dolorido al tacto; el pulso era frecuente y duro; la piel caliente y seca; la lengua natural; las cámaras raras, y la respiracion libre. M. Lerminier anunció la existencia de una metritis aguda, y *prescribió la aplicacion de treinta sanguijuelas al hipogastrio; fomentos emolientes, y semicupios de la misma naturaleza.*

Al siguiente dia, tercero de la enunciada invasion de la metritis, eran los síntomas los mismos; del tercero al sétimo *sangría general, otras dos aplicaciones de sanguijuelas (quince de cada vez)*: hubo disminucion gradual de la calentura, y cesaron los dolores inguinales é hipogástricos; pero persistió el tumor, y á pesar de la mejoría de muchos síntomas, se notaba enflaquecimiento rápido, estremada palidez de la cara, y notable alteracion de las facciones.

Del octavo al noveno se manifestaron síntomas nuevos: acometieron á la enferma continuos vómitos; arrojaba mucha bilis verde, y todas las tisanas que bebia; no habiendo á pesar de todo cambiado el aspecto de la lengua, que solo estaba un poco blanquecina. Se desarrolló en todo el abdomen un dolor muy vivo, que se exasperaba por el menor contacto, y no iba acompañado

de tension; se suprimieron las evacuaciones alvinas y urinarias; púsose el pulso frecuente y débil, y la piel fria, y con una humedad desagradable al tacto; la cara adquirió con rapidez el aspecto cadavérico, y sobrevino la muerte cuarenta horas despues de la invasion de estos síntomas nuevos. Tan desesperado le pareció á M. Lerminier el estado de la enferma, que no quiso atormentarla con una medicacion activa: únicamente la mandó dos vejigatorios á los muslos, que no obraron.

ABERTURA DEL CADAVER.

Habia derramada en el peritòneo una mediana cantidad de serosidad turbia y lactescente; dicha membrana se hallaba cubierta en distintos sitios de placas membraniformes, sin indicios de organizacion; generalmente ofrecia una viva inyeccion, situada al parecer en el tegido celular sub-peritoneal, que en muchos sitios se hallaba ocupado parcialmente por una serosidad rojiza, semejante á la que existe en los flemones incipientes; el peritòneo desprendido por ella parecia una película delgada, como el epidermis que se desprende en ampollas por la aplicacion de un vejigatorio. En la escavacion de la pelvis habia acumulados mas copos albuminosos y un liquido mas espeso que en el resto de la cavidad peritoneal. Por encima del útero sobresalia aun el tumor que se habia reconocido durante la vida, y que consistia efectivamente en el útero aumentado de volúmen. El tegido de este órgano habia adquirido mucha friabilidad, se desgarraba fácilmente, y de las incisiones de diversos puntos de sus paredes corria á chorro un pus cremoso abundante: las paredes del órgano en toda su estension, y sobre todo hácia el fondo, estaban infiltradas del mismo pus, que en cinco ó seis sitios se habia reunido en focos. La cavidad del útero, dilatada y enrojecida en su superficie, contenia una pequeña cantidad de liquido sanguinolento; no anotamos el estado del cuello ni el de los ovarios. La membrana mucosa gastro intestinal, y con especialidad la del estómago, se encontró blanca, y de la consistencia ordinaria en toda su estension.

En los órganos torácicos existian dos lesiones notables: 1.° un estado tuberculoso de los gánglios bronquiales, que eran muy voluminosos; y 2.° en el vértice del pulmon izquierdo una pequeña cavidad con paredes célulo-fibrosas, en la que cabia una cereza, y que comunicaba por medio de fístulas sinuosas con otras dos cavidades mas pequeñas aun, en todas las cuales habia una mediana cantidad de liquido rojizo: el tejido pulmonar que las rodeaba era negro y duro; y visto esteriormente estaba fruncido, como deprimido y separado de la primera costilla por una especie de gorro de muchas líneas de grueso, semi-cartilaginoso, y formado evidentemente por falsas membranas antiguas de la pleura.

Este caso es notable bajo mas de un aspecto. Desde luego ofrece un ejemplo de metritis aguda bien pronunciada, que sobrevino sin causa conocida cuatro dias despues del primer parto en una mujer de edad un poco adelantada. A consecuencia

de un tratamiento antiflogístico enérgico se aliviaron los síntomas, y hubiera podido creerse que caminaba hácia su resolucion la flegmasia del útero, si el volúmen del tumor formado por este órgano no se hubiera conservado en el mismo estado. Por otra parte, el rápido enflaquecimiento de la enferma anunciaba una lesion grave, que era efectivamente muy real. Es bien notable y digno de la atencion del práctico que al mismo tiempo que se hacia casi nulo el movimiento febril, y desaparecian los dolores del hipogastrio y de las ingles, se desorganizaba el útero, y se llenaba su tegido de pus, el cual formaba ya muchos abscesos hácia el décimo dia de la invasion de la metritis. No es por otra parte raro ver coincidir la formacion de pus en diferentes órganos con la remision marcada de los síntomas mas graves: en el cerebro, por ejemplo, se observa mas de una vez. Lo que dá mas interés al caso actual es la rapidez con que se estableció la supuracion: la enfermedad crónica por muchos de sus síntomas fué aguda en su curso.

Puede considerarse que la peritonitis empezó por la porcion de membrana serosa inmediata al útero. Ni las abundantes emisiones sanguíneas que se habian hecho, ni el estado de debilidad en que se hallaba sumida la enferma, ni la especie de marasmo agudo que la invadió, impidieron el desarrollo de la nueva accion inflamatoria, que al parecer se propagó por continuidad de tejido desde el útero á la membrana que le rodea, y luego al resto del peritóneo. Generalizando este caso particular puede decirse que el hallarse inflamado un solo órgano es una razon para que otros se inflamen, por cuyo motivo es muy raro que se encuentre uno solo interesado en la mayor parte de las enfermedades agudas y sobre todo en las crónicas. Sin embargo, en la enferma que nos ocupa se presentó una escepcion notable á esta regla, escepcion que es casi constante: la conservacion del estado sano de la membrana mucosa gastro-intestinal, á pesar de la viva inflamacion del peritóneo. Semejante estado sano coincidia en el presente caso, como en varios de los anteriores, con la existencia de muchos vómitos.

No fueron dudosos los signos de la peritonitis; solo faltaba uno, la tension del vientre: es muy comun que se conserve la flexibilidad de las paredes abdominales en las mujeres afectadas de peritonitis á consecuencia del parto, lo cual se esplica con facilidad. Faltó la timpanitis como en el precedente caso.

En la época en que redactamos esta historia describimos la alteracion del vértice del pulmon izquierdo, sin tener idea de su naturaleza. En el dia nos inclinamos á considerarla como una cicatrizacion tuberculosa. Este hecho adquiere importancia

á causa de los tubérculos hallados en los ganglios bronquiales, y confirma la opinion de Louis, quien asegura que siempre que cualquier órgano contiene tubérculos, se encuentran tambien en el pulmon.

Respecto de la supuracion hallada en el tejido del útero, puede compararse la presente observacion con las publicadas últimamente por Louis y Dance.

VIII.ª OBSERVACION.

Peritonitis con gastritis aguda.

Un zapatero, de 34 años de edad, que tenia los músculos delgados, y parecia de constitucion débil, pasó bebiendo y bailando toda la noche del 4 al 5 de junio de 1820. El lunes 5 se acostó muy fatigado á las cuatro de la tarde, y despertó á media noche con dolores abdominales muy vivos, que residian con especialidad en la region cecal; sin embargo, no tuvo náuseas, vómitos ni cámaras. Los cuatro siguientes dias continuaron los dolores, y hubo constipacion pertinaz. El 7 se *aplicaron veinticinco sanguijuelas á la region cecal*. Cada uno de los dias 8 y 9 se *pusieron otras quince*. El 11 de junio entró en la Caridad, y se le *aplicaron otra vez sanguijuelas al abdomen*. En la mañana del 12 ofreció el estado siguiente:

Cara pálida, que espresaba el dolor; gran debilidad; abdomen muy dolorido á la presion, sobre todo por debajo del ombligo, flexible por encima de este punto, hinchado y tenso por debajo, y presentando una especie de tumor mal circunscrito, que parecia formado por las circunvoluciones intestinales reunidas en una sola masa; los movimientos inspiratorios cortos y frecuentes aumentaban singularmente el dolor abdominal; habia pasado el enfermo toda la noche vomitando en abundancia bilis verde; la lengua estaba encendida y seca, los labios de un rojo vivo é infartados de sangre: existia una sed muy viva, cosa que no aconteció en ninguna de las precedentes observaciones; el pulso era frecuente y pequeño, y la piel se hallaba caliente (*cuatro medias lavativas con media onza de ricino en cada una. Cataplasma. Sinapismos á las piernas. Tisana de simiente de lino gomada*). Todo el dia persistieron los vómitos. En la mañana del 13 se hallaban mas alteradas las facciones, el pulso era filiforme, la piel estaba fria y cubierta de un sudor viscoso, habia hipo y náuseas continuas: en lo demas los mismos síntomas. (*Igual prescripcion*). El dia 14, noveno desde la noche de la invasion, estaba el enfermo moribundo; tenia hipo y vómitos biliosos casi continuos; un sudor frio cubria todo su cuerpo escepto la parte inferior del abdomen desde el ombligo hasta el pubis, donde la piel estaba ardorosa y un poco encendida. Murió una hora despues de la visita.

ABERTURA DEL CADÁVER.

Los intestinos delgados se hallaban reunidos en una sola masa por medio de adherencias blandas, que se rompian con una ligera traccion. La superficie esterna de casi todos los intestinos estaba cubierta por una exudacion

blanquecina de dos líneas de grueso, que se desprendia en colgajos estensos; y debajo de la cual se encontraba muy enrogecido el peritòneo, cuya cavidad ocupaba un líquido cremoso. La membrana mucosa del estómago estaba roja en la mayor parte de su estension: tirando ligeramente de las paredes de este òrgano se desgarraban con la mayor facilidad. La superficie interna del duodeno participaba de la rubicundez de la mucosa gàstrica, pero no se desgarraban sus tùnicas. En el resto del tubo digestivo no se hallò cosa notable, escepto una gran cantidad de gas como aprisionado en muchas circunvoluciones de los intestinos delgados, ocasionando de esta suerte una distension parcial.

Esta observacion difiere de las precedentes por la nueva complicacion que en ella se presenta. En los casos antes citados no dependian los vómitos de un estado inflamatorio de la membrana mucosa gástrica, en el actual coincidieron con él, y ademas se reveló la enfermedad del estómago con un órden de síntomas, que no vimos en los anteriores, en que habia peritonitis sin gastritis, y que fueron: rubicundez y sequedad de la lengua y de los labios, y sed vida. La gastritis era tan intensa, que no solo se anunció por la considerable rubicundez de la membrana mucosa, sino tambien por la disminucion de la cohesion de las túnicas subyacentes: si hubiese vivido mas tiempo el enfermo, se hubiera perforado su estómago. La enfermedad empezó sin embargo por los signos de inflamacion del peritóneo. En la siguiente historia veremos una peritonitis aguda, que sobrevino como complicacion de una gastro-enteritis crónica.

IX.ª OBSERVACION.

Peritonitis aguda. Gastro-colitis crónica. Dos tumores hidatíferos desarrollados, uno entre el hígado y el estómago, y otro entre el recto y la vejiga.

Un pintor, de 30 años de edad, hizo de soldado la campaña de Francia de 1814, esperimentó todas las consecuencias de la miseria y del abuso de los licores alcohólicos, y volvió á su hogar en 1815 permaneciendo quebrantada su salud en los años siguientes. Desde 1819 se manifestaron síntomas graves: empezó á desarreglarse el apetito: vomitaba de cuando en cuando aguas àcres, pero nunca el alimento; tenia frecuentes diarreas con tenesmo y càmaras sanguinolentas. Estos síntomas persistieron hasta fines del estío de 1822; y determinaron poco á poco un grado muy adelantado de marasmo. Nunca se habia sujetado el enfermo á ningun tratamiento. El 15 de octubre de 1822 tuvo dolores abdominales, y entró en la Caridad.

Cuando se presentó á nuestro exámen tenia la cara pàlida y contraida; el vientre tenso, desarrollado, y tan susceptible, que no podia comprimirse ni aun lijeramente, sin que se exasperasen los dolores de un modo atroz. Se percibia en el abdomen una fluctuacion oscura. Inmediatamente encima del pubis habia un tumor globuloso, duro, un poco inclinado á la izquierda de la

sinfisis, del volúmen próximamente de una naranja gruesa, y al parecer prolongado por detras del pubis, simulando la vejiga distendida por la orina, y deviada á la izquierda. Sin embargo, la orina salia con libertad, è introducida la sonda en la vejiga dió à reconocer una oblicuidad del reservorio á la derecha, es decir, en sentido inverso de la posicion del tumor. El enfermo tenia nàuseas continuas, habia vomitado desde la víspera una gran cantidad de bilis verde, la lengua ofrecia el aspecto natural, eran muy frecuentes los deseos de mover el vientre, pero solamente se espelia en cada vez una corta cantidad de materias mucosas y sanguinolentas, el pulso era pequeño y muy frecuente, y habia un poco de aumento de calor en la piel.

Diagnóstico. Flegmasia crònica del estòmago y de los intestinos gruesos; peritonitis aguda; tumor anormal en el hipogastrio, que parecia tener una analogia engañosa con la vejiga de la orina. (*Treinta sanguijuelas al abdomen; bebidas y lavativas emolientes.*)

Al siguiente dia, 30 de octubre, eran menores los dolores abdominales, y solo existian en la region hipogàstrica. Los demas sìntomas no ofrecieron cambio alguno. (*Treinta sanguijuelas al abdomen.*)

El 1.° de noviembre el mismo estado. (*Fomentos emolientes.*)

El 2 del mismo, debilidad estremada, piel fria, pulso filiforme, y persistencia de los vòmitos. Muriò por la tarde.

ABERTURA DEL CADAVER.

En ambos vacíos habia derramada una pequeña cantidad de líquido turbio, en medio del cual se encontraban algunos copos albuminosos: por lo demas no ofrecia el peritòneo ni membranas falsas, ni vestigio de inflamacion. El tumor, cuya existencia se habia reconocido durante la vida, estaba anejo à la parte lateral izquierda de la vejiga, se prolongaba entre esta y el recto, que aparecian unidos por un tegido celular denso, estaba cubierto por el peritòneo, y era duro y resistente. Apenas se cortò, saliò con ímpetu un líquido transparente, en el que nadaban de siete à ocho hidatides (acefalocistes de botones), cuatro ò cinco de los cuales tenian próximamente el tamaño de una nuez, y los demas el de un huevo de gallina. Las paredes del kiste estaban formadas por un tejido fibroso, que en distintos puntos presentaba algunas placas cartilaginosas.

En el momento de ir á abrir el estòmago se reconociò entre esta viscera y el hígado otro saco semejante al precedente, que contenia solo una hidatide voluminosa, de color verdoso, rota y plegada muchas veces sobre sí misma.

La mucosa gàstrica estaba blanca, y era de un rojo pardusco en la mayor parte de su estension. Los intestinos delgados aparecieron sanos. La mucosa de los intestinos gruesos engrosada y negra presentaba en toda su estension numerosas vejetaciones como pisiformes, que formaban una eminencia de dos líneas en la superficie de la membrana mucosa.

Los órganos del cràneo y del torax estaban sanos.

La doble flegmasia del estómago y de los intestinos gruesos esplica suficientemente los diversos síntomas que presentó este enfermo por espacio de tres años. Sobreviniendo la peritonitis, aunque poco intensa en un sugeto ya debilitado, se hizo prontamente mortal.

Los sacos hidatídicos tuvieron, sin duda alguna, poca influencia en la produccion de los accidentes que se notaron en todo el curso de la enfermedad. ¿Podrá esplicarse por la presencia del tumor colocado entre el estómago y el hígado la circunstancia de aumentarse los vómitos, cuando el enfermo se acostaba sobre la izquierda? El otro tumor habia desviado un poco la vejiga: desarrollándose mas hubiera podido con el tiempo obliterar mas ó menos completamente el paso de la orina ó de las materias fecales.

No carece de ejemplo una retencion de orina producida por tal causa. En las memorias de la Academia de cirujía se encuentra el caso de un hombre de cuarenta y cinco años, en quien se halló entre la vejiga y el recto un saco hidatífero voluminoso que comprimia con fuerza el primero de dichos órganos. Durante los últimos dias de su vida padeció una violenta estranguria que no pudo remediar el cateterismo.

X.ª OBSERVACION.

Peritonitis aguda, que sobrevino durante el curso de una enteritis crónica. Derrame de serosidad rojiza en el peritoneo sin mas vestigio de inflamacion de esta membrana.

Un marmolista, de 54 años de edad, que habia sido tratado muchas veces en la Caridad á causa del cólico metálico, hacia cuatro meses que tenia una copiosa diarrea. Al entrar en el hospital estaba muy débil y flaco, y movia el vientre nueve á diez veces cada veinte y cuatro horas. La lengua se presentaba natural, habia anorexia, vientre blando y dolorido por intervalos, por lo regular antes de defecar. (*Cocimiento blanco de Sydenhan. Pocion gomosa compuesta. Lavativas de almidon con la adicion de dos gotas de láudano de Rousseau, y una yema de huevo. Dos caldos.*)

Solo se movió cuatro veces el vientre hasta el siguiente dia por la mañana 20 de febrero. *Se continuó por tres dias la misma medicacion*, y en este tiempo se redujeron las deposiciones á tres en las veinte y cuatro horas.

El 24 se añadió á la prescripcion un vaso de *cocimiento de catecu*. Solo dos veces se movió el vientre hasta el dia siguiente por la mañana: el abdomen estaba indolente, y no habia calentura. Hasta el dia 28 el mismo estado, y *la misma medicacion*; dos cámaras cada dia sin dolores cólicos; estado general satisfactorio.

No podia dudarse que habia disminuido la diarrea bajo la influencia de los medios terapéuticos y la dieta. M. Lerminier *sustituyó al catecu y al cocimiento blanco otro de simaruba endulzado con jarabe de membrillo. Por la tarde dos píldoras de cinoglosa.*

Hasta el siguiente dia 1.° de marzo no hubo cámaras, ni sintió el paciente dolor abdominal. (*Continuacion de la simaruba; tres cremas de arroz y dos caldos.*) Desde el 1 al 6 de marzo solo se movió el vientre una vez al dia. Los escrementos liquidos hasta el 5 se presentaron consistentes el 6; el vientre estaba blando é indolente, y el enfermo se encontraba bien: sin embargo no recobraba las fuerzas ni el apetito.

El 6 todo cambió de aspecto: se desarrolló calentura; la lengua se puso roja y seca, á pesar de lo cual no se reprodujo la diarrea. (*Suspension de la simaruba; tisanas emolientes.*)

El 10 no existia calentura; la lengua se volvió á poner húmeda y pálida, y se reprodujo la diarrea (*se prescribió de nuevo el cocimiento de simaruba, y una tisana de cebada gomada y acidulada con el agua de Rabel*).

El 12 se suspendió otra vez la diarrea; del 12 al 15 no volvió á presentarse (entonces se suprimió la simaruba). Todo parecia anunciar la posibilidad de la curacion; sin embargo, la cara conservaba una estremada palidez, y observamos con poca satisfaccion que existia anorexia, que no se restablecian las fuerzas, y que se presentaba un movimiento febril de cuando en cuando, sobre todo por las tardes.

El 16 sufrió un gran cambio la posicion del enfermo: se hallaba en un estado de estremada ansiedad; esperimentaba dolores abdominales tan vivos, que le obligaban á gritar, y se exasperaban por la menor presion. Al mismo tiempo era el pulso muy frecuente y pequeño, y la piel estaba muy caliente. Nos pareció indudable la invasion de una peritonitis (*veinte sanguijuelas al abdomen.*)

Al siguiente dia era menos intenso el dolor abdominal; pero el abdomen estaba entumecido, y ofrecia una tumefaccion oscura.

Del 18 al 24 cesaron de percibirse los dolores abdominales; la fluctuacion se hizo cada vez mas manifiesta, y al poco tiempo se observó una considerable ascitis. El pulso era débil, sin frecuencia, y tan solo se movia dos veces el vientre cada veinte y cuatro horas (*vejigatorios á las piernas; simples emolientes al interior*).

El 25 volvió á aparecer el dolor abdominal; habia estremada postracion; el pulso estaba filiforme y poco frecuente. Las facciones profundamente alteradas anunciaban la próxima muerte, que aconteció el dia 26.

ABERTURA DEL CADAVER.

Serosidad rojiza abundante en el peritóneo, sin mezcla de copos, indicios de falsas membranas, ni apariencia de accion alguna inflamatoria en la serosa, ó en el tegido celular sub-yacente.

El estómago y las tres cuartas partes superiores de los intestinos delgados estaban sanos. En la cuarta parte inferior habia muchas úlceras, cuyo fondo pardusco se hallaba formado por el tegido laminoso endurecido y engrosado; en otras estaba el fondo al nivel de los bordes, y parecia formado por un tegido que se continuaba con la mucosa. ¿Era una cicatrizacion incipiente? La membrana mucosa, tanto entre las úlceras como en los bordes de las mismas, era blanca y consistente. La de los intestinos gruesos, tambien blanca y de la consistencia y grueso naturales, no tenia alteracion apreciable.

Nada notable habia en las demas vísceras del abdomen, torax y cráneo.

Aun cuando por la sola inspeccion del cadáver hubiera podido desconocerse la peritonitis aguda, de que suministra un ejemplo la actual observacion, no puede ponerse en duda por los síntomas que la anunciaron durante la vida. Con efecto, no se halló en el peritóneo mas alteracion que un derrame de serosidad unida á cierta cantidad de materia colorante de la sangre, que es lo mismo que se observa en ciertos casos de ascitis simple, acaecida sin dolor, y á consecuencia de un obstáculo mecánico á la circulacion. En la presente historia la naturaleza de los síntomas aclara mas que la anatomía patológica la naturaleza de la enfermedad: puede compararse con aquellos, en que no habiendo existido dolor alguno durante la vida, se hallan no obstante en el peritóneo pus, falsas membranas, etc.

En la época de la entrada de este sugeto en el hospital, existia otra enfermedad: una flegmasia crónica de la membrana mucosa intestinal, ó á lo menos debemos considerar como resultado suyo la diarrea que se notaba hacia tanto tiempo. Merece fijar nuestra atencion el tratamiento, durante el cual se disminuyó al principio, y se suspendió en seguida la diarrea: se dieron primero los simples emolientes y los narcóticos, y despues los astringentes tónicos. *(Catecú, simaruba.)* Desapareció á la verdad la diarrea mientras se administraban estos medicamentos, pero fue momentáneamente; se irritó el estómago, anunciándose su afeccion por la rubicundez de la lengua y la calentura; y para que cesase la gastritis bastó suspender la administracion de la simaruba, que probablemente la habia ocasionado: entonces volvió á presentarse la diarrea, que desapareció de nuevo á beneficio de la corteza astringente, y no volvió durante el curso de la peritonitis.

Por la influencia que ejerció desde luego la medicacion tónica en la cesasion de la diarrea, debiamos naturalmente inclinarnos á pensar que no era dependiente de una flegmasia intestinal, sino mas bien de un estado de atonia de la membrana mucosa, *que consistia en una especie de flujo pasivo*: la abertura del cadáver nos demostró lo contrario. En cierta estension de los intestinos existian úlceras, cuyo aspecto indicaba su antigüedad; pero la coloracion que presentaba entre ellas la membrana mucosa, cuya consistencia era por otra parte regular, revelaba la falta de reaccion anterior de semejantes lesiones. Tal es la estricta espresion de los hechos. Si ahora queremos deducir algunas consecuencias, nos preguntaremos si semejante caso no parece probar que hay ciertas inflamaciones crónicas, á las que se puede oponer con ventaja un tratamiento, que no consiste en los simples antiflogísticos: ya hemos

desenvuelto esta doctrina en otro lugar. No puede decirse en este caso que cesó la diarrea por aumentarse la irritacion de la membrana mucosa intestinal, pues de ser asi se hubieran agravado los dolores abdominales, y escitado calentura; en una palabra, se hubiera observado el conjunto de síntomas, que se presentan cuando una flegmasia crónica pasa momentáneamente al estado agudo, lo cual no aconteció. Sin embargo, podemos sospechar que la irritacion producida por los astringentes en el estómago, influyese en la momentánea desaparicion de la diarrea; no debiendo por otra parte olvidarse, que aun despues de cesar esta, la persistencia de la anorexia y de la debilidad general, del mismo modo que el movimiento febril errático, anunciaban que quedaba una lesion orgánica.

Esta historia nos ofrece un ejemplo de diarrea, en que la causa del flujo intestinal residia únicamente en los intestinos delgados, hallándose sanos los gruesos.

Notemos ademas que la completa anorexia, que esperimentaba el enfermo hacia mucho tiempo, no reconocia por causa ninguna alteracion apreciable del estómago, que solo pareció irritarse momentáneamente en la época en que se enrojeció la lengua, y se presentó calentura.

XI.ª OBSERVACION.

Peritonitis consecutiva á un aneurisma de la arteria ilíaca primitiva derecha. Muerte repentina á causa de la rotura del saco aneurismático en la cavidad del peritóneo.

Un vinatero de 26 años, y de constitucion fuerte, entró en la Caridad el 26 de abril de 1824, presentando todos los signos característicos de una peritonitis aguda. Tres semanas antes sacando agua de un pozo, habia sido acometido de repente de un intenso dolor lumbar, que se estendiera al poco tiempo á todo el abdómen, y de vómitos. Guardó cama los veinte siguientes dias, y luego se exasperaron los síntomas de pronto: el dolor abdominal sobre todo se hizo mas fuerte, y se reprodujeron los vómitos, que solo habian existido al principio de la enfermedad. En la mañana del 27 de abril vimos por primera vez á este enfermo: entonces se hallaba el abdomen tenso y muy dolorido á la presion, la uniforme resistencia de sus paredes parecia depender de la masa intestinal, cuyas circunvoluciones estaban unidas y como soldadas por falsas membranas; el pulso era pequeño y frecuente, y la lengua natural. (*Se aplicaron veinticuatro sanguijuelas al ano, y cuarenta y ocho al abdomen, y dos vejigatorios á las piernas, y se dispusieron bebidas diluyentes.*) Al siguiente dia 28 por la mañana decia el enfermo hallarse mejor; sin embargo, persistian la tension del vientre, y el dolor sobre todo en el hipogástrio. (*Cuarenta y ocho sanguijuelas á esta region, veinticuatro al resto del abdomen.*) Desde el 29 continuó siendo el mismo el estado del enfermo, y M. Lerminier insistió en el uso de las sanguijuelas, del modo si-

guiente: el 29 *treinta y seis al ano ;* el 30 *veinticuatro al hipogastrio* ; el 1, el 2, y el 3 de mayo *la misma prescripcion*, à pesar de ser menores los dolores; el dia 4 *doce sanguijuelas tambien al hipogastrio*, y el 5 *repeticion del mismo número*. El 6 y el 7 eran casi nulos los dolores abdominales, el pulso tenia poca frecuencia, y el enfermo se sentia bien ; pero no habia disminuido la tension del vientre. El 13 se reprodujeron los dolores. (*Sanguijuelas al hipogastrio.*) Dos horas despues de la visita hizo el enfermo un ligero movimiento en su cama, perdió el conocimiento, y espiró en pocos segundos.

ABERTURA DEL CADAVER.

Al abrir el abdomen, salió de él serosidad sanguinolenta. Los intestinos se hallaban cubiertos de cuajarones de sangre, que ocupaban tambien la escavacion de la pelvis y los vacios. Las circunvoluciones intestinales estaban unidas entre sí por medio de adherencias blancas aun, y teñidas con la sangre derramada, de suerte que reunidas formaban una sola masa, que producia la resistencia observada durante la vida en las paredes abdominales. Separando la masa intestinal se descubrió en el sitio ocupado por el mesenterio otro tumor muy considerable, formado por capas fibrosas sobrepuestas, cuya densidad disminuia de fuera adentro, estando las mas esternas despojadas de materia colorante ; en su centro habia cuajarones blandos, semejantes à los del peritòneo : finalmente, varias masas de fibrina cubrian à la aorta y à las iliacas primitivas. De estas la derecha, casi inmediatamente despues de su separacion de la aorta, tenia una abertura del tamaño de un real de vellon, cuyos bordes irregulares ofrecian colgajos constituidos por las membranas esterna y media. Ni en el resto de la arteria iliaca, tanto lejos como en las inmediaciones de la perforacion, ni en la aorta, ni en las demas partes del sistema vascular de sangre roja y negra, existia lesion alguna orgànica apreciable.

La causa repentina de la muerte del enfermo se esplica suficientemente por la hemorragia interna, que hubo al través de la perforacion de la arteria iliaca primitiva derecha. Es probable que aconteció un principio de rotura de la arteria, preliminarmente enferma, en la época en que á consecuencia de un esfuerzo sintió un vivo dolor en los lomos. La irritacion se propagó al peritóneo, como lo atestiguan los síntomas de inflamacion de esta membrana, que luego se manifestaron, y nunca dejaron de existir con un grado mayor ó menor de intensidad. Desde que el paciente entró en la Caridad, se empleó un tratamiento antiflogístico de los mas activos *(en el espacio de doce dias se aplicaron entre el abdomen y el ano trescientas doce sanguijuelas)*. Los dolores se calmaron, el enfermo se alivió sensiblemente, y conservaba las fuerzas en bastante buen esta-

do; pero aunque se hizo desaparecer la forma aguda de la enfermedad, esta persistió con un carácter, que se aproximaba mucho al crónico. La presente historia ofrece por otra parte un notable ejemplo de la cantidad de sangre que puede perder un sugeto, sin debilitarse sensiblemente.

Habiendo citado en el tercer volúmen de esta obra observaciones de peritonitis producidas por perforaciones del estómago y de los intestinos, y habiendo insistido con algunos detalles acerca de los síntomas, curso y diagnóstico de las inflamaciones peritoneales, que reconocen este género de causas, seria inútil volver á tratar del mismo objeto: tambien hemos mencionado en otros capítulos de este volúmen, casos de peritonitis producidos por diversos cuerpos estraños introducidos en los órganos inmediatos, como el hígado, la vejiga de la hiel, etc. Pasemos pues á esponer algunos ejemplos de peritonitis agudas, terminadas por resolucion.

CAPITULO II.

PERITONITIS AGUDAS CURADAS.

Entre los individuos, cuyas historias vamos á referir, unos recobraron la salud despues de haber ofrecido todos los síntomas de una peritonitis aguda, y murieron al cabo de muchos años de otra enfermedad, hallándose en su peritóneo adherencias celulares, ú otros estados morbosos, indicios de una inflamacion antigua de la referida membrana. En otros, que al parecer habian tenido tambien una peritonitis, y que se habian curado, no presentó el peritóneo ningun vestigio de acto patológico antiguo ni reciente. Finalmente, no hemos tenido ocasion de examinar el peritóneo de los demas.

XII.ª OBSERVACION.

Síntomas de peritonitis aguda. Curacion dos años despues, tisis pulmonar, y muerte. Adherencias celulares en muchas circunvoluciones intestinales.

Un panadero, de 38 años de edad, ofrecia el siguiente estado cuando entró en la Caridad, durante el invierno de 1823: dolores abdominales vivos, que se aumentaban por la presion, y aun por el solo peso de las cubiertas de la cama; tension general de las paredes del vientre; fluctuacion oscura; pulso muy frecuente sin mucho aumento de calor en la piel; náuseas continuas sin vómitos; constipacion, y lengua natural; la cara pálida espresaba una profunda ansiedad. Dos dias antes, habiéndose espuesto casi desnudo (como acostumbran los panaderos) al aire frio y húmedo de una mañana lluviosa, fué acometido de fuertes calosfrios, á los que siguieron los síntomas, que acabamos de enumerar. M. Lerminier prescribió inmediatamente *una sangría de diez y seis onzas*, y *cuarenta sanguijuelas al abdomen;* al mismo tiempo mandó *fomentos y bebidas emolientes*, y *media onza de aceite de ricino*.

Cesaron las náuseas durante el dia, movió el enfermo dos veces el vientre, y por la noche disfrutó un poco del sueño. Al siguiente dia por la mañana, cuarto de la enfermedad, anunciaban una mejoría indudable la menor sensibilidad del abdomen, el aspecto mas natural de la cara, y la disminucion de la frecuencia del pulso. Sin embargo, no creyó M. Lerminier que ya debia abandonar al enfermo á la naturaleza, pues en las inflamaciones de las membranas serosas con preferencia á las demas, vuelven con frecuencia á presentarse con nueva intensidad los accidentes, despues de haberse aliviado, si se suspende un tratamiento activo, destinado á dar otra direccion á la con-

gestion sanguinea que tiende á verificarse de nuevo. Por consiguiente *se aplicaron al abdomen otras treinta sanguijuelas, dejando correr con abundancia la sangre de las cisuras por medio de fomentos templados sostenidos hasta la mañana siguiente, y se dispuso media lavativa emoliente.*

El quinto dia era casi el mismo el estado del enfermo (*fomentos emolientes, baño, tisana de simiente de linaza, doce sanguijuelas al abdomen, y dos vejigatorios á las piernas*).

Tampoco en el sesto dia hubo cambio notable; mas ya era bastante ventaja que durase dos dias el primer alivio, que habia sido bastante sensible (*veinte sanguijuelas al ano*).

El sétimo dia estaba el abdomen mas tenso y timpanizado; no se habia movido el vientre en dos dias, à pesar de las medias lavativas que se aplicaban, y que tampoco eran devueltas (*se prescribió una onza de ricino para tomar en dos tazas de caldo de ternera*). En el mismo dia hizo el enfermo tres ó cuatro deposiciones líquidas; cesó la timpanitis, y se halló mejor.

Del octavo al décimo tercio dia desapareció completamente la sensibilidad abdominal, cesó la calentura, y volvieron las fuerzas; pero el vientre conservaba la tension, aunque sin fluctuacion perceptible. Durante este tiempo tomó el enfermo por dos veces *media onza de aceite de ricino*, y en el noveno dia *se le aplicaron por última vez doce sanguijuelas.*

El dia décimo cuarto empezó à tomar ligeros alimentos (*una crema de arroz*).

Desde el dia décimo cuarto al vigésimo se le dieron sucesivamente caldos, menestras y legumbres.

El vigésimo quinto abandonó el hospital, hallándose al parecer completamente curado.

Este sugeto disfrutò de buena salud hasta fines del otoño de 1825; entonces fué acometido de un romadizo, que aunque ligero al principio, adquiriò al poco tiempo un carácter bastante grave, para obligar al paciente à volver à la Caridad, donde de nuevo se sometiò á los cuidados de M. Lerminier. Sospechamos que tenia una tisis pulmonar, que bien pronto se hizo patente, y le arrebatò al sepulcro al terminar el invierno.

La abertura del cadaver nos manifestò tubérculos en los pulmones, úlceras en el tubo digestivo, y ademas un estado muy notable del peritóneo. Muchas circunvoluciones de los intestinos delgados estaban reunidas por medio de adherencias celulares, semejantes à las que con tanta frecuencia se hallan en la pleura: costaba trabajo romperlas y separar las circunvoluciones intestinales pegadas unas à otras; sin embargo, muchas se hallaban flojamente unidas, de modo que aun se podian separar y mover una sobre otra. Tales adherencias unian muchos puntos del colon transverso con otros correspondientes de la gran corvadura del estómago, y al colon ascendente con las paredes abdominales. En algunos sitios estaban teñidas de negro las bridas celulares que constituian estas adherencias: no habia por lo demas ningun líquido derramado en el peritóneo.

En el enfermo, cuya historia acabamos de referir, se vieron desaparecer los síntomas de una peritonitis aguda muy grave, dejando, como indicios de su existencia, las adherencias celulares que hemos descrito. Queda espuesto que muchas de estas producciones accidentales estaban teñidas de negro: coloracion que hemos hallado con frecuencia en las falsas membranas del peritóneo de los sugetos que han muerto con todos los síntomas de una peritonitis crónica. Ademas hemos encontrado tambien teñidos de pardo ó de gris apizarrado ó negro, tanto las falsas membranas poco gruesas, como el peritóneo mismo en sugetos que habian fallecido de una enfermedad enteramente diversa de una peritonitis, y que durante el tiempo que los observamos, nunca habian ofrecido síntoma alguno propio para indicar una afeccion reciente ó antigua de la citada serosa. ¿Habrian tenido en alguna época tales sugetos una peritonitis terminada por la curacion? Con efecto, las diversas graduaciones de color negro que presentan los tegidos, pueden ser producidas por una flegmasia crónica aun existente, ó permanecer como indicios de una inflamacion antigua, que ha cesado de existir desde mucho tiempo antes.

La enfermedad era aun muy reciente cuando se empezó el tratamiento antiflogístico, que fué muy activo, y se continuó por bastante tiempo: se sostuvo muchos dias seguidos un flujo de sangre casi permanente, y no dudamos que este método contribuyó poderosamente á la feliz terminacion de la enfermedad. Moderando asi continuamente la accion morbosa de congestion, de que era asiento el peritóneo, se convirtió, si podemos esplicarnos asi, en una accion fisiológica, cuyo resultado fué al principio la formacion de cierta cantidad de tegido celular accidental, y despues la nutricion ulterior de este tegido, sin que se conservase enfermedad en el peritóneo, ni trastorno alguno general en la economía.

Tambien pueden verse en esta observacion los buenos efectos de las sustancias purgantes administradas con el objeto de vencer la constipacion, que es una circunstancia terrible en los sugetos atacados de peritonitis: en efecto, la distension de los intestinos que de ella resulta, debe aumentar el dolor, y acrecer de consiguiente la irritacion de la membrana serosa. Hemos visto con frecuencia en semejantes casos aliviarse los síntomas, despues de la administracion de media á una onza de aceite de ricino. Disminuyen el meteorismo, la tension del vientre, y el dolor; y hasta se observa que los vómitos, que son uno de los síntomas mas penosos de la peritonitis, no ceden por lo regular sino despues que un purgante ha movido el vien-

tre. No hay necesidad de advertir que es preciso abstenerse de ellos, cuando existen signos de enteritis; pero esto es muy raro, como ya queda espuesto.

XIII.ª OBSERVACION.

Peritonitis aguda, cuyos primeros síntomas se manifestaron durante el acceso de una calentura intermitente; que desaparecia en los intervalos de la misma, y se hizo por último permanente. Curacion.

Un hombre de edad media, entró por setiembre en la Caridad, para ser tratado de una calentura intermitente terciana. Habia ya tenido cinco accesos, que no ofrecieron nada de particular, y durante cuyos intervalos se hallaba bastante bien, cuando al mismo tiempo que empezó á manifestarse el frio del sesto, esperimentó dolores vivos en el abdomen, que se aumentaban por la presion y el movimiento. Tales dolores persistieron durante el frio y el calor; empezaron á disiparse á medida que se establecia el sudor, y no se volvieron á presentar hasta que apareció el siguiente acceso. No los desarrollaba la presion abdominal, pero el enfermo se hallaba mas pálido y abatido que habitualmente: tenia *el aspecto de padecer*. Con el frio del sétimo acceso volvió el dolor, que se disipó con el sudor como la primera vez. Hasta entonces se habia abandonado á sí misma la calentura intermitente; pero despues del sétimo acceso se empezó á administrar el *sulfato de quinina á la dosis de diez granos*. En la época acostumbrada volvieron á presentarse el frio con el dolor abdominal, teniendo el enfermo ademas dos vómitos biliosos. Despues de una hora de duracion, esto es, dos terceras partes de lo regular, cesó el frio, sin que le reemplazáran un calor semejante al de los accesos anteriores, ni el sudor; pero aparecieron otros fenómenos mucho mas graves: continuó siendo muy vivo el dolor abdominal, y se puso tenso el vientre; se repitieron cada media hora los vómitos de bilis poco abundantes, pero muy penosos para el enfermo: se contrajo y puso pálida la cara, y el pulso adquirió una gran frecuencia.

Cuando vimos al enfermo al siguiente dia por la mañana, persistian estos diversos síntomas, y no dudamos que se hallaba atacado de una peritonitis aguda. Desde la víspera por la tarde habia hecho el cirujano de guardia que *se le aplicaran veinticuatro sanguijuelas al abdomen*. M. Lerminier prescribió *otra aplicacion aumentando su número (cuarenta sanguijuelas)*; mandó ademas *una sangría de doce onzas*, y como habia constipacion, una *pocion compuesta de una onza de aceite de ricino, media de jarabe de espino cervino, y dos dracmas de agua de flor de naranjo para tomar una cucharada de media en media hora*. Por las cisuras de las sanguijuelas estuvo saliendo sangre todo el dia, y el enfermo hizo cinco ó seis deposiciones biliosas.

Al siguiente dia no sentia el paciente los dolores, sino moviéndose ó por la presion, siendo entonces aun bastante vivos; solo podia estar echado de espaldas, y tenia todavia algunas náuseas, pero no vomitaba; el vientre se hallaba abultado y tenso, y el pulso conservaba mucha frecuencia. *Cada uno de los tres dias siguientes se aplicaron veinte sanguijuelas al abdomen, y despues vejigatorios á las piernas.*

El enfermo habia llegado entonces al sesto dia de la peritonitis, habiendo

disminuido diariamente los dolores abdominales y la frecuencia del pulso. El sétimo y el octavo dia se empleó tan solo la *medicina espectante*. La piel, hasta entonces seca, se cubrió de un copioso sudor, y al noveno dia se pudo considerar al paciente en completa convalecencia.

En este enfermo se siguió tambien el mismo tratamiento, y con igual éxito que en el precedente. Durante cuatro dias se sostuvo un flujo casi contínuo de sangre en las paredes abdominales, habiéndose ejecutado antes una sangría general. Tambien pareció ventajosa la administracion del aceite de ricino; y por último, los vejigatorios aplicados á las estremidades inferiores en una época, en que eran mucho menos agudos los síntomas inflamatorios, determinaron una útil revulsion, y apresuraron sin duda la completa resolucion de la peritonitis. Ciertamente, se ha abusado mucho de los irritantes aplicados á la piel como revulsivos: empleados demasiado pronto, ó en sugetos muy irritables, en quienes se desarrollan simpatías muy activas, exasperan con frecuencia la inflamacion que se trata de combatir. En mas de una observacion de esta obra se hallarán ejemplos de sus graves inconvenientes; pero tampoco pueden dudarse sus ventajas en otros muchos casos (*véanse* sobre todo los volúmenes precedentes). Consultando las observaciones, se verá que son en general mas ventajosos los vejigatorios aplicados á las estremidades distantes del asiento del mal.

Asi pues, en las pleuresias y pericarditis deben aplicarse los revulsivos con mas frecuencia á los diferentes puntos de los miembros pelvianos que sobre el pecho, aunque haya algunos casos, que hemos procurado dar á conocer, en los cuales es mas útil la revulsion sobre el mismo torax. En las afecciones cerebrales agudas nunca nos ha parecido ventajosa la aplicacion de un revulsivo á la nuca, y en cuanto á los vejigatorios puestos sobre el mismo cráneo, juzgamos que siempre influyen de un modo perjudicial. Una vez observamos en un niño, que presentaba muchos síntomas de aracnoiditis, una mejoría sensible al siguiente dia de aplicarle semejante vejigatorio; ya se atribuia el alivio á la accion de este revulsivo, cuando al levantar el apósito percibimos que solo se habia enrojecido lijeramente la piel del cráneo, sin que se formase ninguna vejiga. Tan solo una vez hemos visto aplicar un estenso vejigatorio á las paredes abdominales de un sugeto atacado de peritonitis aguda: en seguida se exasperaron los síntomas de un modo muy pronunciado. En cuanto á las inflamaciones de la membrana mucosa

gastro-intestinal se agravan en general aplicando vejigatorios sobre el abdomen en el estado agudo; sin embargo, hay algunas escepciones respecto de esto: ha sucedido en la Caridad haberse suspendido, por medio de la aplicacion de un estenso vejigatorio al abdomen, evacuaciones alvinas muy copiosas, que se manifestaban de repente, iban acompañadas de poca calentura, y sumian á los enfermos en una rápida postracion. Tambien es á veces muy eficaz este medio para suspender momentánea ó definitivamente las diarreas crónicas.

Si esta observacion es interesante bajo el aspecto de la terminacion favorable de la enfermedad, no es menos digna de llamar la atencion respecto al principio y curso de la peritonitis. Sus primeros síntomas fueron intermitentes, como los accesos de una calentura terciana, con los cuales aparecieron. Sin duda se verificaba durante el frio una fuerte congestion sanguínea hácia el peritóneo, que se disipaba al mismo tiempo que el sudor restablecia el equilibrio de los líquidos, determinando un movimiento del interior al esterior. La primera vez, ¿hubo simple congestion del peritóneo, ó verdadera inflamacion de esta membrana? Nos parece poco importante decidirlo, pues creemos que los dos estados tienden sin cesar á confundirse por graduaciones insensibles, de lo cual puede convencerse cualquiera, observando los diversos grados de la oftalmia. Lo cierto es que en el acceso siguiente volvieron á presentarse los mismos síntomas de peritonitis, mas pronunciados aún que la primera vez, pues fueron acompañados de vómitos. Es probable que si el sulfato de quinina hubiese podido prevenir los siguientes accesos, la peritonitis hubiera desaparecido con ellos; pero no aconteció asi, y tal vez por lo mismo que estaba la economía dispuesta á una enfermedad mas grave, careció de eficacia la quinina: volvió á presentarse otro acceso con los síntomas de peritonitis como los dos anteriores; pero, ó bien porque la irritacion del peritóneo fuese mas intensa, ó porque tuviese otra naturaleza, no se disipó: la calentura no terminó con sudor, el cual no sobrevino hasta ocho dias despues, coincidiendo tambien con la feliz terminacion de la peritonitis. Entonces anunció la completa resolucion de ésta, como en los dos últimos accesos bien marcados de calentura intermitente habia designado la terminacion de los dolores abdominales. Véase un ejemplo de congestion sanguínea, intermitente al principio como los accesos de calentura con que coincidió, y reemplazando luego á estos mismos accesos cuando se hizo contínua. Tal vez si en el tercer acceso, que solo se observó en el primer estadio, se hubiera ensayado determinar hácia la piel una fuerte con-

gestion, ya por un baño muy caliente, ya por fumigaciones mas ó menos escitantes, ya por diferentes revulsivos, se hubiera restablecido el movimiento del centro á la circunferencia, y provocando el sudor se hubiera hecho abortar la peritonitis, produciendo artificialmente lo que ejecutó la naturaleza en los dos anteriores accesos: acaso entonces se hubiera dado lugar á emplear de nuevo la quinina para prevenir los siguientes. En una de las historias ya referidas se ha podido ver otro caso de peritonitis, la cual se manifestó al principio por dolores erráticos, que luego se hicieron continuos. En el segundo volúmen hemos citado una pleuresia, cuyos síntomas solo se presentaban al principio por las tardes. De estos hechos nos parece que resulta demostrada la posibilidad de las flegmasias intermitentes, que puede tambien probarse con el ejemplo de muchas cutáneas. En el momento en que escribimos estas páginas, existe en el hospital de Saint Louis, en las salas del cargo del sabio doctor Biett, un hombre que hace dos años vé cubrirse por las tardes toda su piel de una erupcion urticaria, de que está libre por la mañana: esta afeccion periódica no ha cedido al uso de la quina. Por otra parte, deben distinguirse dos clases de flegmasias intermitentes. Unas se presentan como simples complicaciones durante un acceso de calentura; son producto de una congestion local mayor que de costumbre, y determinan accidentes mas ó menos graves, que desaparecen con el acceso; de donde resultan las afecciones llamadas *calenturas perniciosas*. Torti hubiera llamado á la enfermedad que forma el objeto de esta observacion *calentura intermitente peritoneal*. Tambien se manifiestan otras flegmasias de un modo intermitente, pero solas, sin ir precedidas ó acompañadas de frio, ni seguidas de sudor; en una palabra, sin el aparato de síntomas que constituye un acceso de calentura. Tales son el caso de la urticaria observada en el hospital de Saint Louis, y el de la pleuresia vespertina que acabamos de recordar.

XIV.ª OBSERVACION.

Hidro-peritonitis aguda. Tratamiento por las emisiones sanguíneas, y por los escitantes de los sistemas urinario y cutáneo. Curacion.

Entró en la Caridad á principios de diciembre de 1822 un carretero de 23 años de edad, y de constitucion muy robusta, que cuatro dias antes habia sido acometido, sin causa conocida, de calor-frios vagos, de mal-estar y de calentura, cuyo estado duró veinte y cuatro horas, durante las cuales guardó quietud, no comió, y bebió vino caliente y aromatizado con canela. Pasado este tiempo, sintió un dolor vivo en el vacio derecho, que á las pocas horas

se estendió à todo el abdomen. En el transcurso de los dos siguientes dias adquirió el vientre un volúmen considerable.

Cuando le vimos, cuatro dias despues de la invasion de la enfermedad, ofrecia el siguiente estado: el abdomen, tan abultado como en la ascitis, ofrecia una evidente fluctuacion; los dolores vivos, que el enfermo sentia en esta cavidad, se exasperaban por la presion, ò por cualquiera posicion, que no fuera el decúbito dorsal; habia calentura, y las facciones espresaban una grande ansiedad. En este enfermo todo anunciaba una peritonitis, escepto la tumefaccion del vientre, tan considerable como en la ascitis: tenia pues, lo que muchos médicos han llamado una hidropesía activa. Mr. Lerminier consideró à la ascitis como resultado de una inflamacion aguda del peritóneo á causa de la calentura, de los dolores antecedentes y actuales, y de la naturaleza de los mismos; y persuadido de que existiendo aún la inflamacion debia combatirla como cualquiera otra flegmasia por copiosas emisiones sanguineas, prescribió *una sangría de tres onzas y treinta sanguijuelas al abdomen por tres dias consecutivos.*

En los seis dias siguientes disminuyeron poco á poco los dolores abdominales, y cesò la calentura; pero era muy considerable la ascitis, sin que hubiese infiltracion en los miembros. Se puso en práctica otro medio de tratamiento: durante quince dias *se hicieron cinco ó seis aplicaciones de sanguijuelas (ocho a diez cada vez) al ano; se practicó una sangria de doce onzas, y se pusieron vejigatorios á los miembros inferiores; se hicieron diariamente fumigaciones en la cama del enfermo con bayas de enebro, y se practicaron fricciones en los miembros con partes iguales de tintura de cantáridas y alcohol alcanforado. Interiormente se administró el nitro, el oximiel escilítico, l s cocimientos de grama, de acebo y de parietaria endulzados con el jarabe de cinco raices*, y se limitó *el alimento á cremas de arroz, y algunos caldos de carnes.*

A los quince dias de este tratamiento empezó à ser mas copiosa la orina, y desde entonces disminuyò la ascitis con rapidez; al poco no se hallaba ningun indicio de esta lesion, y el enfermo abandonó el hospital en un estado completo de salud.

Debemos recordar que en una de las observaciones de peritonitis aguda terminadas por la muerte, que hemos citado antes, no se halló mas estado morboso en el peritóneo que una coleccion seroso-sanguinolenta, sin vestigio alguno de inflamacion de la membrana. Es probable que en el caso actual no se hubiese encontrado tampoco en el peritóneo mas que serosidad. Sin embargo, los síntomas que precedieron á su acumulacion, y los que persistieron durante los primeros tiempos de la existencia de la ascitis, con especialidad los dolores abdominales y la calentura, prueban que el orígen de la coleccion serosa era realmente una peritonitis. La analogía nos induce tambien á discurrir de esta suerte: á consecuencia de una violencia este-

rior, que obra en una articulacion y la irrita, se forma unas veces un depósito purulento, una cáries en los huesos, etc., y otras una simple hidrartrosis; en los volúmenes precedentes hemos citado ejemplos de pleuresias y pericarditis terminadas por hidro-torax é hidro-pericardias; de dos aracnoiditis acompañadas de síntomas semejantes en naturaleza é intensidad, una termina por formacion de pus, engrosamiento de las membranas, etc, y la otra por un simple derrame de serosidad en los ventrículos. En estos diferentes casos es diversa la terminacion, aunque el principio haya sido el mismo; pero este es el que mas influye en la eleccion de tratamiento, de donde la gran utilidad de las emisiones sanguíneas ejecutadas con atrevimiento y abundancia en muchos casos de hidropesías de las llamadas activas. Pero en tales enfermedades llega una época, en que no existe el periodo inflamatorio, permaneciendo la coleccion serosa como un cuerpo estraño, que debe hacerse salir de la economía; y en tal caso las emisiones sanguíneas, que eran al principio el medio principal de tratamiento, vienen á ser de un uso muy secundario, y hay que recurrir á otros medios terapéuticos, tales como los empleados con buen éxito en la observacion que acaba de leerse. Nótese que al mismo tiempo que se evitó la reproduccion de la flegmasia, practicando de cuando en cuando pequeñas sangrías locales, se emplearon cierto número de sustancias estimulantes aplicándolas á la piel, é introduciéndolas en las vias digestivas, para que pasasen al torrente circulatorio.

Antes de terminar estas reflexiones llamaremos la atencion acerca del principio de la enfermedad, del estado general que precedió veinticuatro horas á la aparicion del primer dolor peritoneal, y durante el cual ningun síntoma revelaba en particular el padecimiento de órgano alguno. Es bastante comun este principio en gran número de casos de inflamaciones agudas, y entonces es necesario admitir una de dos cosas: ó bien no hay al principio sino trastorno general de la circulacion y del sistema nervioso, y la localizacion sobreviene únicamente mas adelante, ó bien la lesion local, latente al principio, se manifiesta tan solo por las simpatías que pone en accion. Esto puede ser cierto con relacion á algunos órganos, que aun cuando se hallen violentamente inflamados, solo anuncian su afeccion por síntomas locales poco pronunciados, tal es con frecuencia el caso de una flegmasia de la membrana mucosa gastro-intestinal; ¿pero puede admitirse lo mismo con respecto á las membranas serosas, cuyo mas lijero grado de inflamacion se designa por el dolor, y cuyas simpatías son por el contrario poco ac-

tivas? Debe en tales circunstancias admitirse como posible y no como un hecho demostrado, la existencia primitiva de una lesion local anunciada tan solo por síntomas generales, habiendo mas razon para admitir un estado febril independiente de todo estado morboso local, que precede á este y le prepara en cierto modo, á la manera que una calentura semejante precede, por ejemplo, en las recienparidas á la congestion mamaria y á la secrecion de la leche.

XV.ª OBSERVACION.

Parto laborioso. Síntomas sucesivos ó simultáneos de metritis, peritonitis, gastro-enteritis y aracnoiditis. Curacion.

Una mujer de 27 años parió un niño de todo tiempo el 10 de abril de 1822. El parto fué muy doloroso, pero hasta el sesto dia todo parecia seguir el curso natural. En el sétimo dia se suprimieron los loquios; se deprimieron de repente las mamas, y se manifestó un gran frio, que fué inmediatamente seguido de calor abrasador. Los dias octavo, noveno y décimo los mismos síntomas, y ademas una sensacion de peso en el hipogastrio. Vimos á la enferma por primera vez el dia undécimo de su parto, y quinto de la aparicion de los accidentes; entonces tenia la cara pálida y contraida, y ojeras muy considerables; en los últimos cinco dias no habian corrido los loquios; el abdomen estaba blando é indolente; por encima del pubis se percibia un tumor piriforme, cuyo eje era paralelo á la sínfisis, y que parecia ser el útero; la presion sobre este órgano escitaba dolor; el cuello uterino estaba entumecido, blando, ardoroso y muy sensible al tacto; la enferma decia esperimentar una sensacion muy penosa en las ingles, sobre todo en la derecha; tenia mucha calentura; las funciones digestivas no presentaban mas alteracion que un poco de amargor de boca, y una capa blanca en la lengua. Se consideró á la enferma atacada de una metritis aguda. (*Sangria del brazo de doce onzas, veinte sanguijuelas á la vulva, fumigaciones emolientes dirigidas hácia el cuello uterino, baño templado, dieta*).

Al siguiente dia, sesto de la enfermedad, el mismo estado. (*Tisanas diluyentes simples*). Algunas horas despues de la visita se desarrolló en el epigastrio un vivo dolor, que poco despues se irradió á diversas partes del abdomen, y que ocupaba su totalidad por la tarde.

En el sétimo dia hallamos los diferentes signos racionales de una peritonitis: el vientre tenso, dolorido espontáneamente, y aun mas por el simple contacto, náuseas, el pulso de una estremada frecuencia, y menos fuerte que los dias precedentes; y la piel seca y ardorosa (*treinta sanguijuelas al abdomen*); durante el dia hubo muchos vómitos de bilis porrácea.

Al octavo (segundo de la invasion de la peritonitis) existian los mismos síntomas, y ademas una timpanitis considerable, que parecia depender principalmente de la distension del colon transverso por los gases. (*Se prescribieron veinte sanguijuelas al abdomen, y una lavativa emoliente con la adicion de seis gotas de aceite esencial de anis; fomentos emolientes al abdomen; agua de ternera emulsionada*).

El noveno dia se hallaba menos tenso el abdomen, y habia mucho me-

nos dolor; sin embargo, no era posible reconocer aun por el tacto el estado del tumor hipogástrico, y otros síntomas anunciaban la invasion de una nueva flegmasía residente en la membrana mucosa gastro-intestinal: en efecto, la lengua, casi natural hasta entonces, se puso roja y lisa; se desarrolló una sed ardiente, y durante la noche hizo la enferma muchas deposiciones líquidas, cada una de las cuales iba precedida de un dolor cólico, que se distinguia bien de los peritoneales de costumbre (*quince sanguijuelas al ano, tisana de cebada gomada, continuacion de la dieta*).

Los dias décimo y undécimo se secó la lengua, se pusieron los dientes fuliginosos, y se formaron en los labios grietas, que sangraban continuamente; hubo diarrea copiosa, calentura intensa, y calor acre en la piel: durante este tiempo disminuyeron gradualmente los síntomas de la peritonitis. El dia undécimo se *aplicaron dos vejigatorios á las piernas.* Quince horas despues de la aplicacion de los vejigatorios se quejó la enferma por primera vez de una fuerte cefalalgia frontal, y por la noche delirò.

El duodécimo dia estaba la lengua seca como un pergamino; continuaba el delirio; la enferma decia palabras incoherentes y mal articuladas; cuando se la preguntaba no respondia, pero dirigia la mano á la frente con una espresion de dolor. (*Diez sanguijuelas detras de cada oreja, cerato á los vejigatorios.*)

El décimo-tercio y décimo-cuarto dia era su estado de los mas graves: habia movimientos convulsivos en los miembros, risa sardónica, alternativas de delirio tranquilo y furioso, taciturnidad sombría, en algunos intervalos tendencia al suicidio; decia la paciente que queria matarse para castigarse de un gran crimen que habia cometido, y procuraba apoderarse de cuantos objetos la rodeaban para conseguir su designio; en otros ratos creia hablar con el diablo, y aseguraba estarse abrasando en los infiernos, etc. Tan temible estado persistió hasta el décimo-sétimo dia. (*Se aplicaron diariamente sanguijuelas detras de las orejas.*) Pero lo notable es que durante todo este tiempo recobrò la lengua su estado casi natural, y cesò la diarrea.

Desde el décimo-sétimo dia se alivió la enferma: cesó el delirio, disminuyò el movimiento febril, y al vigésimo dia entrò en convalecencia.

Hemos citado esta observacion por ofrecer un notable ejemplo de complicacion de muchas flegmasías, todas muy graves, que siguieron su curso unidas, ó se reemplazaron, y cada una de las cuales se anunció por síntomas característicos bien pronunciados. Los accidentes dependientes de la peritonitis disminuyeron desde que se presentó la gastro-enteritis, y desaparecieron cuando esta nueva flegmasía adquirió cierto grado de intensidad. Los vómitos en particular cesaron desde que la lengua empezó á revelar la existencia de una gastritis, prueba de que este síntoma, casi constante de la peritonitis, no depende de un estado inflamatorio de la membrana mucosa del estómago. La lengua se secó mas á consecuencia de la aplicacion de los vejigatorios á las piernas, y al mismo tiempo se manifestaron los accidentes cerebrales. Puede creerse que en el prin-

cipio tales accidentes eran puramente simpáticos de la afeccion gástro-intestinal, pero mas adelante se desvanecieron los signos de la última, recobró la lengua su aspecto natural, y cesó la diarrea; y sin embargo persistieron los síntomas de la meningitis, siendo tambien entonces cuando presentaron su maximum de intensidad.

Es preciso que en esta enferma hubiese una gran fuerza de resistencia á las causas de destruccion que obraron sobre ella: una sola de las inflamaciones que sufrió hubiera podido arrebatar con rapidez al sepulcro á otros muchos sugetos; ella la soportó todas, y curó.

SECCION SEGUNDA.

PERITONITIS CRONICAS.

Reuniendo ó leyendo observaciones, es como puede aprenderse realmente á conocer las formas infinitamente variadas que puede revestir la inflamacion crónica del peritóneo. Hay á la verdad casos en que se observan casi los mismos síntomas que los que designan la existencia de una peritonitis aguda; pero otras veces desaparecen estos signos; tambien hay peritonitis crónicas, que solo son dolorosas al principio, y algunas, que nunca han ocasionado el menor dolor, semejantes á ciertas pleuresias, de que hemos hablado en otro volúmen de esta obra, que nacen, se desarrollan y terminan por la formacion de estensas colecciones purulentas, sin que nunca hayan sentido los enfermos dolor alguno. Hay otras peritonitis crónicas, en las cuales conserva el abdomen toda su flexibilidad, y si falta al mismo tiempo el dolor, casi no puede conocerse la inflamacion del peritóneo. En ciertos casos es una peritonitis el principio de la enfermedad, pero mas adelante solo se encuentran los síntomas de una simple ascitis. Las paredes abdominales pueden presentar notables anomalías en su forma á causa de la varia disposicion de las falsas membranas. El movimiento febril puede ser continuo, existir solo por intervalos, ó no manifestarse absolutamente. Tambien se encuentra notablemente modificada la peritonitis crónica en sus síntomas y en su curso por las diversas enfermedades que suelen complicarla, y que tienen su asiento en el abdomen, como las diferentes afecciones del tubo digestivo ó del hígado, ó fuera de él, como muchas enfermedades de los pulmones ó sus dependencias. En el peritóneo inflamado crónicamente se desarrollan con frecuencia diversas producciones accidentales, con especialidad los tubérculos; pudiendo observarse mejor que en otros muchos órganos la formacion de estos cuerpos, elevarse á su etiologia, y descubrir su naturaleza. Determinadas las diversas formas que puede afectar la peritonitis crónica, resta investigar cuál es el mejor tratamiento que les conviene, y cómo debe modificarse, segun las circunstancias. En las observaciones que vamos á

consignar, ensayaremos hacer resaltar y presentar á la vista de los prácticos algunos de los puntos mas importantes de la historia de la peritonitis crónica. Si han visto hechos semejantes á los que van á ocuparnos, leerán probablemente su descripcion con algun interés; y si entre ellos, como observados en un grande hospital, los hay de tal naturaleza que no hayan visto en su práctica otros análogos, no creerán tal vez inútil su lectura.

CAPITULO I.

PERITONITIS CRÓNICAS, AGUDAS EN SU PRINCIPIO.

XVI.ª OBSERVACION.

Dolor abdominal muy vivo, y vómitos los diez primeros dias. Desaparicion posterior de todo signo de inflamacion aguda del peritóneo. Coleccion de pus en la cavidad de esta membrana. Entero-colitis crónica.

Una mujer, de 44 años de edad, sintió hácia el 21 de marzo un dolor vivo, que naciendo del hipogastrio, se estendia hasta la region inguinal: entonces tuvo náuseas y vómitos. *Se la aplicaron gran número de sanguijuelas al vientre*, con las que se alivió. Como á los diez dias disminuyeron notablemente los dolores abdominales, pero se reproducian con la presion, persistia la tension del vientre, y la enferma no recobraba las fuerzas. Así permaneció hasta el 16 de mayo, en cuya época era su estado el siguiente:

Las carnes estaban flojas y pálidas; el enflaquecimiento era casi marasmódico; la debilidad general, en términos que la enferma no podia andar; las facciones contraidas espresaban el dolor; la cara se hallaba cubierta de un paño térreo; el abdomen mas desarrollado que en el estado natural, pero blando, y sus paredes tan flácidas, que no era posible percibir la fluctuacion; no existia dolor sino cuando se comprimia en el hipogastrio y en los vacios; la lengua estaba pálida y cubierta de una capa amarillenta súcia; las tisanas y los caldos provocaban náuseas y vómitos; habia sed y falta completa de apetito; hacia seis semanas que existia una copiosa diarrea (*muchas deposiciones por hora*); el pulso era frecuente y débil, y la piel caliente y seca (*agua de arroz gomada, pocion con agua de tilo y jarabe de diacodion*).

En los siguientes dias se debilitó la enferma con rapidez, y la diarrea no se contuvo á pesar de administrarse *el cocimiento blanco, el diascordio, y lavativas preparadas con tres dracmas de almidon y veinte y cuatro gotas de láudano*. El 1.º de junio sobrevino la muerte.

ABERTURA DEL CADAVER.

Las vísceras del cráneo y del pecho estaban sanas.

Un líquido pardusco y como sanioso ocupaba la cavidad del peritóneo, y separaba las paredes abdominales de los intestinos, en los cuales se hallaban muchas circunvoluciones soldadas entre sí.

La terminacion de los intestinos delgados y el ciego ofrecian numerosas úlceras.

Cuando entró esta enferma en la Caridad eran mas pronunciados los síntomas de la enteritis que los de la peritonitis. El vientre no ofrecia la tension, la resistencia que presenta por lo regular cuando se halla inflamado el peritóneo; por el contrario, tenia la flacidez que se encuentra en los sugetos que pasan de un estado de gordura bastante considerable á un grande enflaquecimiento; sin embargo, las circunstancias antecedentes y el dolor, que se percibia aun por medio de la presion, indujeron á M. Lerminier á creer que la flegmasia de la serosa, que parecia haber dado principio á la enfermedad, se habia perpetuado en el estado crónico. La autopsia cadavérica justificó este diagnóstico, que era tanto mas dificil de formar, cuanto que la existencia de la diarrea crónica bastaba para esplicar el enflaquecimiento de la enferma, y la calentura héctica que la consumia. Era una de las variedades de la peritonitis que por sus síntomas se aproximan mucho á la ascitis. El color pardusco del líquido que ocupaba la serosa merece tambien fijar nuestra atencion: era muy análogo al que frecuentemente ocupa el ileon; de modo que nuestro primer pensamiento fué que habria habido una perforacion de este intestino, ya en los últimos instantes de la vida, ya en el momento de abrirse el abdomen por las tracciones ejecutadas en los trozos ulcerados del conducto intestinal. Sin embargo, no se halló ninguna lesion de continuidad.

Un tratamiento antiflogístico muy activo puede á veces suspender el curso de una peritonitis, y arrancar al enfermo de una muerte prematura; pero la flegmasia pasa entonces con demasiada frecuencia al estado crónico, y si el paciente no se queja de dolores, ni está tenso el vientre, puede confiar el práctico una curacion completa, desengañándose cruelmente cuando vé que las fuerzas no se restablecen; que persiste un pequeño movimiento febril, y que la convalecencia se prolonga indefinidamente.

XVII.ª OBSERVACION.

Gastro enteritis aguda. Despues dolores abdomidales que empezaron pasageros y movibles, y en seguida se hicieron fijos, muy vivos y peritoneales. Cesacion del dolor; persistencia de la peritonitis en el estado crónico.

Un zapatero, de 13 años de edad, entró en la Caridad en el siguiente estado: inyeccion general de la piel; fuerte cefalalgia; pulso lleno y frecuente; amargor de boca, lengua blanquecina y salpicada de rojo; constipacion; ligera sensibilidad abdominal á la presion, y tos. Se consideró este estado co-

mo dependiente de una irritacion general poco intensa de las membranas mucosas gastro-intestinal y bronquial. (*Sangria del brazo, bebidas emolientes, dieta*).

Durante el dia disminuyò la cefalalgia del mismo modo que la frecuencia del pulso, la piel se cubriò de un mador suave, y el salpicado rojo de la lengua se hizo menos vivo. En los cinco dias siguientes, del 30 de julio al 5 de agosto, se conservò muy moderada la calentura, y los dolores abdominales fueron vagos y poco intensos.

Del 5 al 12 de agosto fué notable el dolor por su estremada movilidad: el enfermo le sintiò sucesivamente al rededor del ombligo, en el epigastrio, en uno y otro vacio, y en el hipocondrio derecho. (*Se aplicaron por dos veces sanguijuelas en los puntos doloridos*). Quitaban el dolor donde se colocaban; pero como si fuera reumàtico aparecia aquel al poco tiempo en otro punto. El pulso era bastante frecuente, la lengua habia perdido su rubicundez, y las funciones digestivas se hallaban en el estado natural (*crema de arroz, menestra*).

Del 12 al 20 se fijò el dolor en el ovario derecho, pero era muy tolerable, y el pulso se conservaba ligeramente frecuente.

En la noche del 20 se exasperò de repente el dolor, presentàndose al mismo tiempo una ansiedad general muy grande, disnea y vòmitos de bilis verde.

En la mañana del 21 el vientre tenso, no podia ser ligeramente comprimido en ninguno de sus puntos, y sobre todo en el vacio derecho, sin que se esperimentasen dolores insoportables, los que se producian tambien por el menor movimiento. El pulso, muy pequeño, habia adquirido una estraordinaria frecuencia; la piel estaba ardorosa, y la cara pàlida y contraida espresaba la mas viva ansiedad.

Era evidente la peritonitis (*sangria de dos tazas, treinta sanguijuelas al vacio derecho, fomentos emolientes á todo el abdomen, tisana de simiente de lino, dieta absoluta*). Por la tarde no hubo alivio ninguno.

El 22 de agosto se aumentò la tension del abdomen, conservàndose la intensidad de los dolores; la lengua presentaba el aspecto natural, y no se habia movido el vientre en las últimas cuarenta y ocho horas. (*Repeticion de la sangria de dos tazas, y de las treinta sanguijuelas al abdomen, fomentos. Pocion preparada con dos onzas de aceite de almendras dulces, una de ricino, y otras dos de jarabe de arañuela*). Hasta el siguiente dia hizo el enfermo cinco deposiciones.

El 23 mejoria sensible; fisonomia mas calmada; vientre menos dolorido, y pulso mas elevado y menos frecuente. (*Veinte sanguijuelas al abdomen, fomentos, pocion oleosa*).

El 24 la presion no ocasionaba dolor, persistia la tension del vientre, y habia fluctuacion oscura. Durante la noche se habia movido muchas veces el vientre, y la calentura era poco intensa. (*Veinte sanguijuelas al abdomen. Tisana de cebada*).

En los siguientes dias desapareció completamente el dolor del vientre, pero este se conservò tenso; el pulso sin frecuencia durante la mañana, se aceleràba por la tarde, y por la noche habia sudor. Asi permaneció el enfermo hasta el 16 de setiembre. En toda esta época se limitò su alimento à muchas menestras al dia. El 17 de setiembre se empeñò en abandonar el hosp

tal, teniendo todos los síntomas de una peritonitis crónica: no podia persuadirse que estaba aun enfermo, y atribuia al régimen severo, á que habia estado sometido, el ningun restablecimiento de las fuerzas.

En este sugeto empezó la inflamacion del peritóneo como con frecuencia hemos visto principiar muchas pleuresias. Se sintieron sucesivamente dolores vagos en muchos puntos del abdomen, sin que los acompañase al principio ningun síntoma grave: de la misma suerte preceden algunas veces á los derrames pleuríticos dolores lijeros, movibles, llamados reumáticos, y que no parecen tener relacion alguna con la flegmasia de la pleura. Dos aplicaciones de sanguijuelas sirvieron solo para hacer cambiar de sitio al dolor. En medio de tal estado, que no manifestaba ser alarmante, se presentaron de repente los síntomas de una peritonitis general aguda, que cedieron á un tratamiento antiflogístico muy activo, que tuvo la ventaja de emplearse desde el momento de su aparicion: tambien pareció útil en este caso la administracion del *aceite de ricino*. Cuando cesaron los síntomas del periodo agudo, se creyó curado el enfermo; pero la persistencia de la tension del abdomen, la fluctuacion oscura que se percibia en él, y la reproduccion del movimiento febril todas las tardes, fueron para nosotros indicio seguro de que la inflamacion del peritóneo, no resuelta, habia pasado al estado crónico.

XVIII.ª OBSERVACION.

Dolor abdominal al principio. Mas adelante abdomen completamente indolente. Tension de las paredes abdominales; soldadura de las circunvoluciones intestinales apreciable al tacto al través de las paredes del vientre. Derrames purulentos encerrados en cavidades separadas del peritóneo. Rectitis.

Una mujer de 20 años, que habia parido por primera vez un año antes de su entrada en el hospital, se hallaba en buen estado de salud, cuando un dia al levantarse de la cama sintió en el vacío derecho un dolor vivo, que disminuyó, pero no desapareció, mediante *una aplicacion de sanguijuelas*. Los doce dias siguientes permaneció de un modo oscuro, á pesar de lo cual continuó la enferma su género ordinario de vida; pero pasado este tiempo se entumeció la totalidad del abdomen, y se puso muy dolorido. El 21 de marzo entró esta mujer en la Caridad, y se la *aplicaron inmediatamente treinta sanguijuelas al abdomen*, que quitaron el dolor.

Al siguiente dia 22 por la mañana permanecia entumecido el abdomen, pero indolente, escepto en la region hipogástrica, donde la presion ocasionaba dolor; habia vómitos hacia tres dias; la lengua estaba en el estado nor-

mal; existia constipacion; el pulso era frecuente y comprimido, y la piel poco caliente (*treinta sanguijuelas al hipogastrio, tres medias lavativas con aceite de almendras dulces, pocion con aceite de ricino, tisana de simiente de linaza*).

Del 23 al 28 quedó completamente indolente el abdomen, pero se puso cada vez mas duro y tenso, como abollado: palpándole creimos percibir los intestinos soldados y como formando una sola masa; el pulso era frecuente y débil, y existia un poco de diarrea.

Del 1 al 22 de abril se conservaron los mismos síntomas por parte del peritóneo, y se estableció una copiosa diarrea. La enferma se debilitó cada vez mas; tenia una notable palidez en la lengua y los labios, y parecia estinguirse insensiblemente, sin que hubiese, propiamente hablando, reaccion febril.

A fines de abril se dificultó la respiracion, que hasta entonces habia estado libre, y despues de dos dias de estertor traqueal falleció la enferma.

ABERTURA DEL CADAVER.

Los intestinos se hallaban unidos entre si por una multitud de pequeñas bridas celulares. Estas circunscribian en muchos puntos derrames purulentos, que formaban como otros tantos abscesos aislados. Los tabiques, que constituian las paredes de los abscesos, eran de un rojo oscuro; la escavacion de la pequeña pelvis, la fosa iliaca pequeña, y el vacío del mismo lado, estaban llenos de una gran cantidad de pus verdoso. Al lado izquierdo del útero se hallaba un saco purulento, en el que cabia una naranja, y que parecia haberse desarrollado en el espesor del ligamento ancho del mismo lado.

La membrana mucosa gástrica estaba blanca y sembrada en su porcion esplénica de lineas rojizas.

La de los intestinos hasta el recto esclusive era blanca y de buena consistencia. Los intestinos gruesos estaban llenos de materias fecales duras. Unicamente la mucosa del recto presentaba numerosas placas rojas, y en el mismo intestino habia materiales liquidos.

Los órganos del pecho y cráneo estaban sanos. La ingurgitacion del pulmon no era tan considerable como hubiera podido presumirse por la dificultad de respirar y el estertor, que antecedieron á la muerte.

Con respecto á los síntomas de la peritonitis, nos ofrece tres periodos esta enfermedad. Primero, se observó un dolor poco intenso, al que no acompañó ningun otro fenómeno morboso, y que no parecia anunciar cosa grave: era semejante, por ejemplo, al que precede á la aparicion de las reglas en las mujeres. Sin embargo, este síntoma, tan ligero en la apariencia, fué el precursor de los mas graves accidentes: á primera vista no se referia á lesion alguna, y no impedia á la enferma consagrarse á sus ocupaciones habituales, pero al cabo de cierto tiempo se transformó, adquiriendo todos los caractéres de los dolores pe-

ritoneales, y solo entonces se presentaron los demas síntomas de la peritonitis aguda. Tales síntomas desaparecieron pronto á consecuencia de una copiosa evacuacion sanguínea, y entonces empezó el tercer periodo, durante el cual se manifestó la enfermedad del peritóneo bajo la forma crónica. Ella sola hubiera sin duda bastado para arrebatar al sepulcro con lentitud á la enferma, pero apresuró tambien su muerte la copiosa diarrea que se estableció. La alteracion orgánica que ocasionó semejante terminacion, tenia un asiento bien circunscrito, residia solo en el recto, hallándose el resto de los intestinos esento de alteraciones apreciables.

Las lesiones halladas en el peritóneo atestiguan la forma crónica de la inflamacion de la membrana. Obsérvense las numerosas bridas constituidas por tegido celular denso y bien organizado ya, aunque la enfermedad no era muy antigua. Nótense ademas los multiplicados abscesos, cuyas paredes se hallaban formadas por las mismas bridas celulares, y el sub-seroso, que habia en el espesor de uno de los ligamentos anchos. Se concibe que en tales circunstancias es imposible percibir la fluctuacion, oponiéndola un verdadero obstáculo los numerosos tabiques, que aprisionan al pus en igual número de celdas.

XIX.ª OBSERVACION.

Dolores abdominales poco vivos al principio, que llegaron á no sentirse absolutamente, ni aun por una fuerte presion. Diarrea. Tubérculos en el peritóneo, el peticardio y el pulmon. Perforacion del ileon formada de fuera á dentro.

Un sastre, de 24 años de edad, fué acometido á principios de diciembre de 1821, sin causa conocida, de dolores abdominales, que aunque se aumentaban con la presion, no eran muy vivos, y que iban acompañados de diarrea. Permaneció en su casa por tres semanas, y entró en la Caridad el 5 de enero de 1822 en el siguiente estado:

Enflaquecimiento general; cara pálida; aspecto de padecimiento; abdomen tenso y meteorizado por encima del ombligo, con una fluctuacion oscura por debajo de este sitio y sin dolor alguno, á no comprimirle con alguna fuerza, especialmente hácia el vacío izquierdo; cámaras frecuentes (*siete á ocho cada veinticuatro horas*) semejantes al agua teñida de amarillo, y precedidas con frecuencia de cólicos; lengua roja en la punta, y blanquecina en el resto de su estension; anorexia: vómitos de cuando en cuando; pulso frecuente y pequeño; tos ligera y respiracion libre; la percusion y la auscultacion no dieron á reconocer nada insólito en los órganos torácicos. Nos pareció no ser dudosa la existencia de una doble inflamacion crónica del peritóneo y de la membrana mucosa gastro-intestinal (*cuarenta sanguijuelas al ano, fomentos emolientes al abdomen, tisana de cebada, julepe, y dieta*).

Hasta el siguiente dia por la mañana no sintió el enfermo ningun dolor cólico, ni movió el vientre.

En los cinco ó seis dias siguientes no volvió á presentarse la diarrea, pero tampoco hubo ningun alivio respecto de la peritonitis: el pulso tenia una estremada frecuencia (*se permitió el uso de algunas cremas de arroz, y caldos*).

En el resto del mes de enero se entumeció cada vez mas el abdomen, el cual podia comprimirse, sin ocasionar dolor; solo se movia una vez el vientre cada dos dias; el pulso estaba habitualmente frecuente, y la piel notablemente árida; las fuerzas se disminuian mucho; habia de cuando en cuando vómitos de una pequeña cantidad de bilis, y la lengua presentaba su aspecto natural.

A principios de febrero se aumentó la tos, y el enfermo empezó á sentir un poco de opresion. Percutiendo de nuevo el pecho en esta época, sonaba bien en todas partes, y la respiracion se oia en todos los sitios sin estertor; el pulso era muy débil; el marasmo se hallaba muy adelantado, y por las noches habia sudores. El 14 de febrero vomitó el enfermo todavía una vez. En la mañana del 15 aunque muy débil, daba cuenta exacta de su estado: murió sin agonía algunas horas despues de la visita. Hasta la muerte se conservó el abdomen completamente indolente.

ABERTURA DEL CADAVER.

Las paredes abdominales se hallaban muy adheridas á los intestinos. En el peritóneo existia un líquido de un gris pardusco, que tenia el aspecto y color de las materias estercoráceas líquidas.

Las circunvoluciones de los intestinos delgados reunidas en una sola masa, estaban soldadas entre sí, y cubiertas por falsas membranas gruesas de un negro subido, en medio de las cuales existian numerosos tubérculos. El peritóneo por debajo de estas membranas no tenia inyeccion alguna, y era delgado y transparente como en el estado ordinario. En el tejido celular interpuesto entre él y la túnica carnosa de los intestinos se habian desarrollado tambien gran número de tubérculos. Muchos de estos habian destruido, reblandeciéndose, la porcion de serosa que los cubria, y determinado una úlcera, cuyo fondo se hallaba formado por la membrana muscular, y los bordes por el peritóneo cortado de un modo irregular. En otros sitios se habia destruido la misma túnica carnosa, y tan solo constituia el fondo de la úlcera la membrana mucosa, que se conservaba sana. Finalmente, como cinco ó seis dedos por encima de la válvula ileo-cecal, estaba destruida hasta la membrana mucosa, resultando una perforacion de los intestinos, cuyos bordes eran exactamente circulares, y que podia dar paso á un guisante pequeño.

Toda la membrana mucosa gastro-intestinal era blanca, y del grueso y consistencia ordinarios.

El vértice del pulmon derecho contenia algunos tubérculos crudos, separados por un tegido pulmonar sano.

La membrana serosa del pericardio, que tapiza á la fibrosa del mismo, se hallaba adherida en la mayor parte de su estension, por medio de falsas membranas gruesas y blancas, á la hoja serosa que viste al corazon. En el interior de estas falsas membranas habia numerosos tubérculos diseminados.

Los dolores que designaron el principio de esta peritonitis fueron menos vivos que en las observaciones precedentes: en una época mas adelantada de la enfermedad llegaron á ser casi nulos; y sin embargo los desórdenes orgánicos del peritóneo eran muy graves como lo demuestran los detalles de la abertura del cadáver.

Es digno de observacion el modo como se perforó el intestino de fuera á adentro.

La aplicacion de cuarenta sanguijuelas al ano sirvió para que cesase una diarrea, cuya fecha era ya bastante antigua.

XX.ª OBSERVACION.

Peritonitis crónica tuberculosa con ligeros dolores tan solo al principio. Ascitis con infiltracion de la cara y de los miembros abdominales. Ulceras intestinales. Tisis pulmonar.

Un zapatero, de 19 años de edad, sintió hácia fines de mayo de 1822 un dolor abdominal, que, aunque bastante vivo, no le impidió continuar trabajando; pero á poco tiempo se vió obligado á acostarse todas las tardes. Este dolor se aumentaba andando y por la presion. El enfermo no vomitaba, ni tenia diarrea; tosia mucho, se debilitaba, y todas las tardes era acometido de calentura. Desde mediados del mes de julio se presentó una copiosa diarrea.

Al entrar en la Caridad el 12 de agosto ofrecia el estado siguiente: cara pálida y un poco abotagada; ligera infiltracion en la circunferencia de los maléolos; dolor al rededor del ombligo, que se aumentaba por una presion algo fuerte; vientre entumecido, y con una fluctuacion manifiesta; cada veinte y cuatro horas tres ó cuatro deposiciones líquidas; tos ligera y seca; pulso frecuente y pequeño; sudor por las mañanas, y enflaquecimiento considerable de los miembros y de las paredes toràcicas.

Durante el mes de agosto desapareció completamente el dolor á beneficio de un régimen suave y de fomentos emolientes al abdomen; pero se aumentó la tos, persistió la diarrea, no disminuyó la frecuencia del pulso, se hicieron mas copiosos los sudores, y progresaron rápidamente la debilidad y el marasmo. El enfermo murió el 31 de agosto á las siete de la tarde.

ABERTURA DEL CADAVER.

(*Trece horas despues de la muerte.*)

Cabeza. La aracnoides en el estado natural; cada uno de los ventrículos contenia como una cucharada grande de serosidad transparente.

Pecho. El diámetro vertical se hallaba considerablemente disminuido á causa de la elevacion del diafragma. El corazon aparecia en su estado fisiológico en medio de un cuartillo de serosidad transparente. Los pulmones se adherian con fuerza á las paredes torácicas. El lóbulo superior del izquierdo se hallaba como transformado en materia tuberculosa, de modo que apenas presentaba algun vestigio de parenquima pulmonar; en el vértice habia una cavidad capaz de contener una nuez. El lóbulo inferior del mismo pulmon y to-

do el derecho estaban sembrados de tubérculos miliares. El tegido pulmonar que los separaba, sano y crepitante.

Abdomen. Al abrirle salió cerca de un cubo de serosidad cetrina. El epiploon endurecido formaba una masa gruesa, que por la parte superior se hallaba aplicada y fijada al colon transverso, y por la inferior abrazaba á los intestinos delgados: ofrecia gran número de tubérculos miliares. De la referida masa se desprendian multitud de prolongaciones membranosas, llenas tambien de tubérculos, y que terminaban, ora en el mesenterio, ora en las diversas porciones de los intestinos; estos se hallaban reunidos entre sí por medio de membranas falsas, en las que se habian desarrollado del mismo modo varios tubérculos. En el centro del mesenterio habia un tumor voluminoso formado por la aglomeracion de muchos ganglios linfáticos tuberculosos.

La superficie interna del estómago estaba en general blanca, y hácia el píloro un poco morena; la de los intestinos muy pálida en toda su estension. En la terminacion del ileon habia algunas placas de puntos rojos, y en medio de ellos se encontraba elevada la mucosa por algunos tuberculillos crudos del tamaño de una cabeza de alfiler. Inmediatamente, por encima de la válvula ileo-cecal, existia una úlcera con los bordes blancos y no elevados, cuyo fondo, tambien blanco, se hallaba formado por la túnica carnosa. Por debajo de la válvula habia dos ó tres úlceras semejantes á la precedente; la misma válvula, cubierta de numerosos tubérculos, era asiento de otra ulceracion, que la habia perforado y transformado en una especie de puente.

El dolor fue menos pronunciado en este caso que en los precedentes: existió al principio sin ningun otro síntoma grave, y no fue bastante vivo, ni aun para obligar al enfermo á suspender sus penosas ocupaciones. Mas adelante desapareció completamente, y solo se observaron los síntomas de una simple ascitis complicada con enteritis crónica, y una afeccion tuberculosa de los pulmones. Sin embargo, no habia solamente serosidad en el peritóneo, sino que se encontraron tambien vestigios indudables de una antigua accion inflamatoria, en medio de la cual se habian desarrollado los tubérculos. En esta observacion coincidia, como en la precedente, la existencia de los tubérculos en el peritóneo y las demás serosas, con la presencia de los mismos en el parenquima pulmonar.

Notaremos tambien la completa decoloracion de la membrana mucosa intestinal, á pesar de las úlceras que la cubrian, y cuyos bordes y fondo estaban tambien blancos.

XXI.ª OBSERVACION.

Ascitis precedida por los dolores de la peritonítis aguda. Reabsorcion espontánea del derrame, que coincidió con un flujo copioso de orina. Curacion completa.

Un aserrador, de 64 años de edad, disfrutó de buena salud hasta el mes de abril de 1822. En esta época entró en el Hotel-Dieu, á causa de una herida del pie. Ocho dias despues de su entrada sintió vivos dolores abdominales, que se exasperaban con la presion, y en seguida aumentó el abdomen lentamente de volúmen. Abandonó el Hotel-Dieu curado de su herida, pero con una enorme ascitis. Poco despues entró en la Piedad, donde inútilmente se le aplicaron gran número de sanguijuelas á las paredes abdominales, y salió sin aliviarse hácia el 15 de junio. El 20 del mismo mes empezaron á ponerse edematosas las piernas por la primera vez, y á los cinco ó seis dias se apoderó la hinchazon de los muslos y en seguida del escroto. El 29 de junio entró en la Caridad.

En esta época se hallaban distendidas las paredes abdominales por una enorme cantidad de líquido, cuya fluctuacion se percibia con facilidad. Las piernas, los muslos y el escroto estaban medianamente infiltrados. La ligera dificultad de respirar parecia depender únicamente de la compresion del diafragma. Los latidos del corazon no presentaban nada insólito; el pulso, sin frecuencia, tenia la fuerza ordinaria; el apetito era regular, la sed nula, las cámaras de buena naturaleza, y las orinas raras y sedimentosas.

Teniendo en consideracion las circunstancias anteriores, se podia presumir que la ascitis habia sucedido á una flegmasia del peritóneo. (*Tisana de cebada nitrada, fricciones con la tintura de digital, un cuarto de racion.*)

Permaneció este enfermo en el mismo estado hasta mediados de agosto, en cuya época sin haber cambiado en nada el tratamiento se hicieron de repente muy copiosas las orinas, disminuyendo al mismo tiempo con rapidez la hidropesía. La orina continuó fluyendo de esta suerte, y la hidropesía disminuyendo hasta fin de mes. El 29, ni los miembros, ni el abdomen ofrecian vestigio alguno de derrame seroso.

El enfermo salió curado el 31 de agosto.

En esta observacion, como en las precedentes, designaron el principio de la enfermedad los dolores, que parecieron depender de una inflamacion del peritóneo, y que despues se disiparon completamente. Pero en la que nos ocupa nada quedó que anunciase una flegmasia peritoneal, y solo se observó una simple hidropesía. Se la opuso en vano la aplicacion de gran número de sanguijuelas al abdomen, y por el contrario desapareció al mismo tiempo que se establecia espontáneamente un flujo copioso de oriña.

CAPITULO II.

PERITONITIS CRÓNICAS DESDE SU PRINCIPIO.

XXII.ª OBSERVACION.

Ascitis acaecida sin dolor. Edema de los miembros. Serosidad turbia y llena de copos en el peritóneo. Escirro del estómago y del colon.

Un fabricante de mantas, de 60 años de edad, empezó á sentir algunos trastornos en las funciones digestivas, dos años antes de entrar en la Caridad: nunca esperimentó dolor en el epigastrio, y siete meses antes de la época en que le vimos principió á tener vómitos.

Cuando se sometió á nuestra observacion se hallaba marasmódico, tenia la cara muy pàlida, y vomitaba la mayor parte de los alimentos muchas horas despues de haberlos tomado. La anorexia era completa, existian muchos eructos ácidos, la lengua estaba cubierta de una capa amarillenta gruesa, y habia constipacion pertinaz.

En la época de la entrada del enfermo *se le aplicaron con ventaja sanguijuelas al epigastrio*, y algunos dias despues se puso en el mismo sitio *un moxa*. A consecuencia de la aplicacion de este tópico parecieron aliviarse los síntomas gástricos, los vómitos con especialidad se hicieron mas raros; pero bien pronto empezó á entumecerse el abdomen, y no tardó en ser evidente la existencia de un derrame peritoneal. Al mismo tiempo se presentaron como antes de la aplicacion del moxa los vómitos y los eructos agrios.

Un mes despues de la aparicion de la ascitis, empezaron á ponerse edematosos los miembros inferiores. Siempre habia apirexia. Los vómitos se hacian cada vez mas frecuentes; el enfermo se quejaba de esperimentar regurgitaciones frecuentes, no tomando mas que caldos por todo alimento; se debilitaba cada vez mas, orinaba muy poco, no sudaba; de cuando en cuando ofrecia el pulso una ligera frecuencia; la lengua, que por mucho tiempo habia sido la de un hombre que disfruta completa salud, se enrojeció y secó; desde entonces se presentó el pulso frecuente y muy pequeño, se oscureció la inteligencia, y sobrevino un estado adinámico, y la muerte. Nunca estuvo dolorido el abdomen, pero sí muy entumecido hasta los últimos momentos.

ABERTURA DEL CADAVER.

Serosidad turbia en el peritóneo con copos albuminosos, que existian sobre todo en gran cantidad hácia el hipocondrio izquierdo. Inyeccion de la membrana mucosa gástrica hácia el fondo: en la inmediacion del píloro y en

el espacio de dos dedos, faltaba esta membrana: la úlcera que resultaba de su destruccion, presentaba un fondo pardusco, formado por el tejido laminoso considerablemente engrosado y endurecido (escirro); en el mismo espacio no habia vestigio de la túnica muscular; y por el píloro muy estrechado apenas cabia la estremidad del dedo pequeño. El resto del tubo dige-tivo estaba sano, esceptuando un trozo del colon transverso, que tendria tres pulgadas de largo por una de ancho, en el que arrugada la mucosa sobre sí misma, presentaba muchas fajas pequeñas y negruzcas, que parecian resultar del mismo encogimiento. El tejido laminoso subyacente à la mucosa, tenia un aspecto escirroso, semejante al del píloro.

Por la naturaleza de las lesiones halladas en el cadáver, no hay duda que en este sugeto existió una peritonitis; sin embargo, tal inflamacion no se anunció por ningun dolor, ni en su principio, ni durante su curso: todo parecia inclinar á pensar que el entumecimiento del vientre era resultado de una simple ascitis, llamada esencial.

Esta peritonitis tan indolente sobrevino como complicacion hácia el último periodo de la afeccion del estómago, la cual, esencialmente crónica, adquirió el estado agudo en los últimos dias de la existencia del enfermo. A semejante estado de agudeza pertenecian la rubicundez viva, que presentó una parte de la membrana mucosa gástrica, y durante la vida el cambio repentino del aspecto de la lengua, que natural hasta entonces, se enrojeció y secó. Al mismo tiempo que se manifestó este síntoma de gastritis aguda, hizo rápidos progresos la postracion; y el estado adinámico, en medio del cual murió el enfermo, pareció resultar de la afeccion aguda del estómago, acaecida sobre otra crónica de la misma víscera.

Notemos finalmente la exacta semejanza de las lesiones orgánicas del estómago y del colon.

XXIII.ª OBSERVACION.

Ascitis acaecida sin dolor; anasarca. Derrame rojizo con falsas membranas en el peritóneo Reblandecimiento del tejido del corazon.

Un hombre, de 63 años de edad, entrò en la Caridad à principios del de 1822. En esta época tenia una considerable ascitis y un edema de los miembros inferiores: *nunca habia sentido ningun dolor abdominal.* Semejante hidropesia llevaba siete meses de duracion, y el enfermo se quejaba de alguna disnea. Aplicando la mano à la region precordial, apenas se percibian los latidos del corazon; con el cilindro se notaban sin impulsion debajo de las dos

clavículas. El pulso era irregular, cada una de las pulsaciones del corazon iba acompañada de una especie de ruido de fuelle. Durante los cuatro ó cinco meses que permaneció este enfermo en el hospital, se conservò casi en el mismo estado, y luego murió de repente. La víspera de su muerte se levantó y paseò por las salas.

ABERTURA DEL CADAVER.

El peritòneo contenia una gran cantidad de serosidad rojiza, y los intestinos se hallaban en toda su estension cubiertos de falsas membranas gruesas y negras.

Las paredes del corazon eran muy delgadas, y tan blandas, que una ligera traccion bastaba para desgarrarlas, y apoyando el dedo con alguna fuerza sobre la superficie esterior del corazon, penetraba en él con facilidad. Hab'a rubicundez en la membrana interna de las cavidades cardiacas y de la aorta, que se hallaba en contacto con sangre negra y líquida. Los pulmones estaban sanos y no ingurgitados.

El hígado solo ocupaba una pequeña parte del hipocondrio derecho, y se desgarraba como el corazon con la mayor facilidad.

El bazo era muy pequeño.

Aun es en este caso mas marcada la peritonitis con respecto á las alteraciones orgánicas, que en el de la observacion precedente; sin embargo, fue tambien indolente. A la verdad no se hubiera admitido *à priori* que las falsas membranas gruesas, que cubrian por todas partes la masa intestinal, se habian formado sin desarrollar en el sitio de su existencia ninguna especie de sensibilidad morbosa.

Llamaremos la atencion del lector acerca del notable reblandecimiento que ofreció el tejido del corazon. Ninguna otra lesion orgánica de esta víscera ni sus dependencias esplicó el ruido de fuelle y la irregularidad del pulso.

XXIV.ª OBSERVACION.

Ascitis precedida de anasarca; abdomen constantemente indolente y blando. Derrame sanguinolento en el peritòneo; membranas falsas organizadas, y tubérculos en medio de ellas.

Un desollinador de 27 años de edad, de cabellos negros, piel morena, y que disfrutò de buena salud hasta febrero de 1822, cayó de una elevacion de quince pies, y recibió al tiempo de caer un cubo de agua fria, que se vertió sobre él. Al siguiente dia se le presentó una tos, que se prolongò por dos meses. Pasado este tiempo empezó a espectorar sangre, y la hemotisis se reprodujo muchas veces, persistiendo la tos. Hàcia fines de abril sintiò un calor desusado, y empezò á sudar por la noche. En esta época entró en el Hotel-

Dieu, donde le aplicaron *ciento ochenta sanguijuelas, y muchos vejigatorios al pecho.* Cuando salió no tosia, y la respiracion era libre; pero al poco tiempo volvió á aparecer la tos, se hincharon primero los pies, en seguida los miembros inferiores, y por último el vientre. Nunca percibió el menor dolor en el abdomen.

Al tiempo de entrar en la Caridad se oia la respiracion con fuerza y limpieza en los dos lados de la parte anterior del pecho, y en la posterior derecha; en la parte posterior izquierda habia estertor bronquial. Los movimientos del corazon se notaban sin impulsion ni ruido, y con regularidad, en la region precordial, un poco á lo largo del esternon y debajo de la clavícula izquierda: tos frecuente, esputos del catarro agudo, opresion, pulso de una estremada pequeñez, y que desaparecia algunas veces completamente, lengua encendida, buen apetito, una ó dos deposiciones cada veinticuatro horas, y fluctuacion evidente del abdomen, que no ofrecia la menor tension.

Este enfermo se debilitó gradualmente: hízose su respiracion cada vez mas difícil, y sucumbió.

ABERTURA DEL CADAVER.

Cráneo. Los ventrículos apenas contenian una cucharada de café de serosidad transparente.

Torax. El diafragma se hallaba elevado hasta la cuarta costilla, el corazon casi enteramente oculto por el pulmon y el pericardio, que se adheria al pulmon, rodeado de un tejido laminoso infiltrado, y adherente tambien al corazon por medio de una falsa membrana gruesa, que parecia antigua. Las paredes del corazon estaban un poco adelgazadas, y sus cavidades contenian sangre fluida.

Los dos pulmones perfectamente crepitantes y edematosos en su parte posterior estaban sembrados de gran número de granulaciones miliares.

Abdomen. El peritóneo contendria como seis cuartillos de un líquido sero-sanguinolento. En las paredes abdominales le cubria una membrana falsa delgada, teñida de rojo por la serosidad. Le unian á los epiploones, á los intestinos y el hígado, bridas celulares que formaban sacos ó celdas, algunas de las cuales eran del tamaño de un huevo, y las demas menores, conteniendo unas serosidad cetrina, y otras sanguinolenta. El grande epiploon constituia una masa gruesa, estendida desde un hipocondrio á otro, y fijada á la altura del ombligo por delante del arco del colon; le unian al mesenterio algunas prolongaciones membranosas, y en su interior existian una multitud de tubérculos miliares. Los intestinos estaban adheridos, unidos por medio de membranas falsas, en el interior de las cuales habia tambien tubérculos miliares. Estas falsas membranas formaban las paredes de otras tantas celdillas, que contenian diferentes líquidos. La mucosa del estómago y de los intestinos delgados presentaba un ligero tinte pardusco, que era mas pronunciado cerca del ciego. Los intestinos gruesos tenian una notable palidez. El tejido sub-mucoso del ciego estaba infiltrado. El hígado era muy pequeño, y el bazo poco desarrollado.

La presente observacion ofrece tambien un notable ejemplo de peritonitis latente desarrollada sin ninguna especie de dolor. Viendo el abdomen completamente blando sin tension, ni resistencia era imposible creer hubiese mas que una simple coleccion de serosidad. Podia tambien inducir á error el haber empezado la infiltracion por los miembros, como en los casos en que es el anasarca producido por una enfermedad del corazon.

El pulso, muy pequeño é insensible por intervalos, parecia depender de una lesion del corazon, y nada hallamos que nos le pudiera esplicar.

XXV.ª OBSERVACION.

Entero-colitis crónica seguida de ascitis. Reabsorcion de esta. Exacerbacion de los síntomas de la inflamacion intestinal y muerte. Membranas falsas, negras, sembradas de tubérculos en el peritoneo. Masa agrisada amorfea situada en medio de su cavidad. Ulceras intestinales formadas por dentro y fuera.

Un sastre de 19 años de edad hacia un año que habitaba en Paris cuando tuvo una diarrea. A las tres semanas de aparecer esta se entumeció el abdomen, y despues de otras tres entró en la Caridad, teniendo aun el citado flujo. *Hasta entonces no habia sentido dolor alguno en el abdomen.*

Cuando entró no estaban alteradas las facciones; era bastante considerable la gordura, y los músculos se hallaban bien desarrollados; el vientre entumecido ofrecia una fluctuacion evidente, y *no esperimentaba dolor de suerte alguna*; la lengua estaba blanca, y hacia el paciente cinco ó seis cursos líquidos diarios; el pulso apenas tenia frecuencia, ni calor la piel; las orinas eran raras; y percutiendo y auscultando el pecho parecia hallarse sano.

Se consideró que este sugeto padecia una flegmasia crónica de la parte inferior del tubo digestivo con derrame consecutivo de serosidad en el peritóneo. El buen estado de la nutricion daba esperanzas de que pudiera curarse (*diez sanguijuelas al ano, fomentos emolientes al abdomen, tisana de cebada gomada.*)

Al siguiente dia disminuyó el número de las cámaras, las orinas eran mucho mas abundantes, y habia apirexia completa. (*Segunda aplicacion de sanguijuelas al ano.*)

En los dias sucesivos cesó del todo la diarrea, mas no disminuia la ascitis. Se prescribieron *fricciones á los miembros con tintura de digital.* Pero esta medicacion no aumentó la secrecion urinaria, por lo cual se procuró determinar sudores: *se dieron quince granos de polvos de Dower en dos dosis con una hora de intervalo entre una y otra.* El enfermo transpiró mucho á consecuencia de tal administracion, y tuvo sudores copiosos por el espacio de los cinco dias siguientes, que se continuó el mismo medicamento; pero se suprimió este, y cesaron aquellos, sin que en todo este tiempo disminuyese la coleccion peritoneal. Entonces ensayó M. Lerminier el método de *Sydenham*: hacia mucho tiempo que faltaba la diarrea; la lengua estaba natural, y no habia reaccion alguna febril, ni sensibilidad abdominal; se creyó, pues, poder solicitar evacuaciones alvinas, con cuyo objeto se prescribieron primero *dos onzas*

de aceite de ricino, *y una de jarabe de espino cervino* por dos dias seguidos, y luego *las píldoras compuestas de calomelanos y jabon*, que continuaron usándose por muchos dias. Se escitaron numerosas deposiciones, disminuyendo á la vez la ascitis en términos que al poco tiempo era muy oscura la fluctuacion. Mas por otra parte aparecieron fenómenos morbosos nuevos: se desarrolló calentura, sobrevino tos, se alteró la nutricion cada vez mas, las cámaras se hicieron sanguinolentas con pujos muy penosos, sobrevino delirio, y no tardó en morir el enfermo en medio de los síntomas de una disentería aguda.

ABERTURA DEL CADAVER.

En el peritóneo habia derramada una pequeña cantidad de líquido, de un gris parduzco, que llenaba la escavacion de la pelvis. Delante de las vértebras lumbares existia una especie de membrana plegada, y como arrollada sobre sí misma, de tres á cuatro líneas de grueso, de color gris sucio, lisa y compacta en una de sus caras, y rugosa y desigual en la otra, que flotaba libre de toda adherencia en medio de la cavidad peritoneal. ¿Seria una masa de membranas falsas? ¿ó bien el grande epiploon, que atacado de gangrena se habria separado del peritóneo?

Toda la masa intestinal estaba cubierta de membranas falsas gruesas, de un negro de ébano, sembradas de numerosos tubérculos. Muchos de estos últimos cuerpos existian tambien entre la membrana serosa y la túnica carnosa de los intestinos; algunos reblandecidos habian producido úlceras, cuyo fondo se hallaba formado por la túnica muscular, y en una de ellas por la membrana mucosa.

La porcion de membrana serosa, que tapiza las paredes abdominales, estaba tambien cubierta por una falsa membrana negra y tuberculosa.

A lo largo del borde cólico del estómago se notaban muchos ganglios linfáticos tuberculosos, de los cuales se veian tambien algunos al rededor del píloro.

Nada de particular habia en el estómago, ni en la parte superior de los intestinos delgados. La membrana mucosa de la terminacion del íleon, y la de todos los intestinos gruesos, tenian mucha rubicundez.

Las demas vísceras abdominales, y los órganos del cráneo y del torax, estaban sanos.

Véase otro ejemplo de una flegmasia crónica del peritóneo de las mas graves, que durante la vida simuló ser únicamente una ascitis: se desarrolló sin dolor, y no alteró de un modo notable el movimiento nutritivo general. Pareció haberse desarrollado consecutivamente á la enfermedad de la membrana mucosa ileo-cólica.

Puede observarse cuán ventajoso fué un tratamiento antiflogístico moderado para hacer desaparecer con prontitud una

diarrea, que abandonada á sí misma llevaba cerca de dos meses de duracion. Al mismo tiempo que se alivió la flegmasia intestinal, se aumentó la secrecion urinaria, de suerte que la aplicacion de sanguijuelas al ano, disminuyendo el esceso de vitalidad fijado en una parte, restableció el equilibrio de accion en los órganos, haciendo de consiguiente las veces de un medicamento diurético. Sin embargo, ni al mismo tiempo, ni despues sobrevino cambio alguno en el estado del peritóneo: la ascitis no disminuia. Las orinas volvieron á ponerse turbias, y á hacerse raras; entonces se ensayaron fricciones con la tintura de digital, que ninguna influencia ejercieron al parecer en los riñones. En seguida se pretendió establecer un flujo hácia la piel para disminuir la actividad de la exhalacion peritoneal, y aun para favorecer la reabsorcion del líquido derramado. Es verdad que por medio de los polvos de Dower se escitaron sudores (siendo por cierto este uno de los casos, en que nos ha parecido de un modo evidente que su administracion determinaba sudor), pero la coleccion peritoneal no disminuyó. Entonces, á causa de los motivos alegados en el curso de la historia, se creyó poder intentar la medicacion llamada *hidragoga*: fué con efecto coronada de buen éxito en el concepto de disminuir con rapidez la ascitis, al mismo tiempo que se estableció un copioso flujo intestinal; mas por otra parte aparecieron síntomas graves: se determinó una inflamacion aguda intestinal, con reaccion simpática del corazon, del cerebro y del pulmon. La calentura que en este caso sobrevino, no puede ciertamente considerarse como un esfuerzo favorable de la naturaleza.

La última flegmasia aguda de los intestinos alteró mas la nutricion en pocos dias, que lo habia hecho en dos meses la doble inflamacion crónica del peritóneo y tubo digestivo.

En este individuo habia tubérculos en el peritóneo, sin que existiesen en los pulmones, es decir, que residian donde el acto inflamatorio fué mas pronunciado. Es probable que si hubiera vivido mas tiempo, y no hubiese desaparecido la flegmasia bronquial, que acababa de presentarse cuando murió, la misma disposicion, que habia desarrollado tubérculos en las membranas falsas del peritóneo inflamado y en el espesor de las paredes intestinales, habria contribuido á producirlos en el parenquima pulmonar.

XXVI.ª OBSERVACION.

Derrame sanguinolento en el peritóneo, formado sin dolor, á consecuencia de un estado tuberculoso de los ganglios mesentéricos (Carreau). Tubérculos en los pulmones, en los ganglios cervicales, y en los bronquiales. Colitis.

Entró en la Caridad un sastre de 25 años de edad, que presentaba todos los síntomas que pueden hacer sospechar la existencia de una tísis pulmonar en el primer grado: tos hacia cuatro meses, enflaquecimiento y hemotisis antecedentes. Los ganglios cervicales ingurgitados formaban un rosario voluminoso en la parte lateral derecha del cuello; el abdomen estaba entumecido é indolente, no percibiéndose en él ninguna fluctuacion; las cámaras eran naturales; el pulso frecuente; los sudores nulos. En los quince dias siguientes no sufrió ningun cambio el estado del enfermo; en seguida adquirió el abdomen un desarrollo cada vez mas considerable, haciéndose evidente la fluctuacion, aunque por lo demas se hallaba completamente indolente. Mas adelante sobrevino diarrea por primera vez, y desde entonces se manifestó y cesó alternativamente hasta la muerte: con dicho flujo coincidió un rápido enflaquecimiento, y se estableció una verdadera calentura héctica. A las seis semanas de su entrada en el hospital murió.

ABERTURA DEL CADAVER.

Cabeza. El cerebro sano.

Pecho. Rodeaban á la traquea-arteria y á los bronquios numerosos y enormes ganglios linfáticos tuberculosos. Habia un corto número de tubérculos crudos en el vértice del pulmon izquierdo, que en el resto de su estension estaba sano. Casi la totalidad del lóbulo superior del pulmon derecho se hallaba ocupada por materia tuberculosa, que principiaba á reblandecerse en algunos puntos.

Abdomen. En el peritóneo habia derramada una gran cantidad de líquido de un rojo subido, semejante á la sangre recien estraida de una vena. Toda la porcion de serosa que cubre los intestinos era de un rojo intenso, y se desprendia con mucha facilidad de los tejidos subyacentes. Se hallaba vivamente inyectado el tejido celular interpuesto entre ella y la túnica muscular. La cara cóncava del hígado y del bazo estaban cubiertas por falsas membranas de tres á cuatro líneas de grueso, y que contenian en su espesor numerosos tubérculos.

El mesenterio se habia transformado en un enorme tumor, resultado de la aglomeracion de los ganglios linfáticos tuberculosos, muchos de los cuales tenian el tamaño de una naranja.

La membrana mucosa del estómago y de la totalidad de los intestinos delgados estaba muy pálida. La del ciego, de las tres porciones del colon y del recto, ofrecia gran número de placas y fajas rojas, que se hallaban en relacion con la diarrea que habia existido en los últimos tiempos.

Cuello. Los ganglios del lado derecho, tambien tuberculosos, constituian

un rosario considerable, ya inmediatamente debajo de la piel, ya entre las diversas capas musculares, desde la rama de la mandíbula hasta por detrás de la clavícula.

¿Puede considerarse el derrame rojo intenso que existia en el abdomen, como resultado de una verdadera peritonitis? ¿sería mas bien una simple hemorragia, cuya naturaleza activa no esté aun demostrada? No nos atrevemos á decidirlo; pero lo cierto es que esta observacion suministra un ejemplo interesante de una afeccion tuberculosa de los ganglios mesentéricos, y que no se halla probado que tal afeccion fuese precedida de un estado inflamatorio de las porciones del tubo digestivo, de donde nacen los vasos linfáticos que van principalmente á dichos ganglios. En cuanto á los mismos intestinos gruesos, solamente los vimos afectarse en la última época de la vida.

XXVII.ª OBSERVACION.

Tubérculos en el peritóneo; rubicundez y tumefaccion del grande epiploon. Un poco de tension abdominal sin ascitis, que fué el único signo de lesion del peritóneo durante la vida. Ileitis crónica complicada por intervalos con gastritis aguda.

Un fundidor de cucharas, de 20 años de edad, de constitucion débil, y que habia esperimentado miseria muchas veces, entró en la Caridad el 12 de setiembre. Hacia cerca de un mes que tenia diarrea; nunca habia esperimentado mas dolor abdominal que algunos cólicos antes de mover el vientre. Durante todo este tiempo habia continuado su género de vida habitual, llevando diariamente en las costillas cerca de cincuenta libras en una caja. Cuando le vimos por primera vez habia hecho cinco ó seis deposiciones en veinticuatro horas; la lengua estaba encendida y lisa; el vientre un poco tenso é indolente; la piel calurosa, y el pulso frecuente: todas las noches habia copiosos sudores.

La enfermedad residia evidentemente en la mucosa intestinal: podíamos prometernos que la flegmasía de que era asiento esta membrana, sostenida mucho tiempo por un mal régimen, cederia á un tratamiento antiflogístico. (Véase respecto de esto la obs. XXV). Se prescribieron *veinte sanguijuelas al ano*, *tisana de cebada gomada*, *y dieta*.

Desde el siguiente dia hubo una mejoría sensible; la lengua presentó un aspecto natural; disminuyeron la diarrea y la calentura. En todo el dia 15 solo se movió una vez el vientre; pero en el 16, sin causas apreciables, fué mas copiosa la diarrea. *(Otra aplicacion de sanguijuelas)*.

Por esta vez no hubo alivio despues de la emision sanguínea. (*Tisana de arroz gomada, una clara de huevo, dos caldos*).

En los dias sucesivos persistió la diarrea, y los sudores se presentaron todas las noches. Durante el dia perdia la piel su calor, pero no cesaba la frecuencia del pulso. Entonces empezó el enfermo á toser un poco, y enflaque-

ció con rapidez. (*Cocimiento blanco de Sydenham, pocion gomosa compuesta, cremas de arroz, caldos*).

Hasta el 28 de setiembre progresó cada vez mas el marasmo; verificábanse cada veinticuatro horas de quince á veinte cámaras, cada una de las cuales iba precedida tan solo de un lijero cólico. En sus intervalos se conservaba el vientre indolente; solo ofrecia un poco de tension, sin que estuviese notablemente abultado; pero no se hallaban las paredes abdominales retraidas y pegadas á la columna vertebral, como acontece en el marasmo.

Se aplicó un estenso vejigatorio al abdomen, y disminuyó por algunos dias la diarrea; pero luego volvió á hacerse tan abundante como antes. El movimiento febril era continuo; de cuando en cuando se enrogecia la lengua, y se manifestaban algunas náuseas.

En los primeros dias de octubre se sustituyó á las bebidas demulcentes el *cocimiento de ratania (una onza por dos libras de agua) con la adicion de dos onzas de jarabe de membrillo*. Desde el segundo dia del nuevo tratamiento se enrogeció y secó la lengua, y sobrevinieron vómitos: se volvió al uso de los emolientes; mas el enfermo, que habia llegado al último grado de marasmo y debilidad, murió sin agonia el 13 de octubre.

ABERTURA DEL CADAVER.

Los órganos del cráneo y del torax estaban sanos. Habia una ligera rubicundez de la mucosa gástrica en las inmediaciones del cardias; palidez notable de la superficie esterna de los intestinos delgados hasta tres dedos por encima de la válvula ileo-cecal. En este último espacio color pardo y reblandecimiento pultáceo de la membrana mucosa, que solo existia en colgajos, y dejaba descubierto el tegido celular subyacente, que no parecia hallarse alterado. Color blanco de la superficie interna de los intestinos gruesos, que se abrieron desde el ciego hasta el ano. Respecto del grueso y consistencia era natural el aspecto de la membrana mucosa.

En el peritóneo existia otro género de alteracion, que no se habia sospechado durante la vida. Se hallaba sembrado de gran número de tubérculos, ora aislados, ora reunidos en masas gruesas. El grande epiploon, rojo, y que tendria cinco ó seis veces su grueso ordinario, estaba tambien lleno de numerosos tubérculos.

En la cara convexa del hígado empezaban á reblandecerse algunas masas tuberculosas considerables, que formaban una especie de cubierta. La sustancia misma de este órgano no estaba alterada: los demas se encontraron sanos.

El único síntoma, que en este enfermo hubiera podido hacernos sospechar la alteracion que residia en el peritóneo, es la ligera tension del vientre, y el no deprimirse en un individuo marasmódico, lo cual dependia indudablemente de la ingurgitacion del grande epiploon. Por lo demas ni habia ascitis ni dolor. Si no se hubiese hallado afectada simultáneamente la membrana

mucosa intestinal, es probable que la lesion del peritóneo por sí sola hubiera bastado para dar lugar á síntomas generales mas ó menos graves, tales como calentura, ya continua, ya solo por intervalos, enflaquecimiento, etc.; pero entonces hubiera sido muy dificultoso determinar el asiento y naturaleza del mal, de que dependian tales síntomas.

La alteracion de la mucosa intestinal, causa probable de la diarrea, fué notable en este sugeto por su pequeña estension. Compárese este caso con aquellos en que cubren numerosas úlceras la superficie interna de los intestinos en el espacio de muchos pies; en que se hallan engrosadas, endurecidas y desorganizadas las paredes de los intestinos gruesos; en que la membrana mucosa del colon está cubierta de numerosas vejetaciones, etc. Examínese si para cada uno de estos casos, en que tan diferente es la gravedad de las lesiones halladas por la anatomía, ha habido síntomas diversos durante la vida, y con la mayor frecuencia encontraremos los mismos fenómenos morbosos dependientes de las lesiones mas variadas.

En la presente historia hallamos, como en la anterior, tubérculos en el peritóneo, sin haberlos en los pulmones. Pero debe notarse que se empezó á presentar un poco de tos como en la vigésima sesta observacion, algun tiempo antes de la muerte. Estos casos son de la clase de los designados en el segundo volumen, en los cuales hemos visto á veces preceder la *tisis abdominal* á la pulmonal.

SECCION TERCERA.

PERITONITIS PARCIALES.

En otra parte hemos hablado de las inflamaciones parciales de la pleura, y ha podido verse cuán diferentes son bajo muchos puntos de vista los síntomas de esta forma de flegmasia de la membrana serosa torácica de los de la pleuresia general, y cuan importante es adquirir un conocimiento exacto de ellos. Las mismas reflexiones se pueden aplicar á las peritonitis parciales. Aunque bastante comunes sobre todo en el estado crónico, no se han estudiado hasta ahora sino muy superficialmente; y sin embargo, ¿qué cosa hay mas digna de atencion que los diversos grupos de síntomas, tanto locales como generales, á que dan lugar? ¿Cuál mas delicado que su diagnóstico en gran número de circunstancias? Hay peritonitis, que á causa de su profunda situacion no se anuncian sino por un dolor vivo ú oscuro, continuo ó intermitente, sin presencia de tumor apreciable durante la vida, sin modificacion de la forma de las paredes abdominales, ni disminucion de su flexibilidad habitual. Otras peritonitis parciales comprimen, desalojan é irritan los órganos próximos á la porcion del peritóneo inflamado, y el fenómeno morboso mas pronunciado, á que dan lugar, es un trastorno mayor ó menor de las funciones de los mismos órganos; de suerte que se suponen estos afectos cuando la única parte enferma es la membrana que los viste. Las flegmasias peritoneales circunscritas producen otras veces, á causa de su asiento mas superficial, tumores apreciables á la vista y al tacto. Tales tumores infinitamente variados en su situacion, forma, volúmen y relaciones, se consideran con frecuencia como pertenecientes á los diversos órganos que se hallan mas inmediatos, siendo entonces tanto mas fácil equivocarse, cuanto que aparecen mas ó menos trastornadas sus funciones. Con respecto á los síntomas generales son poco constantes. Asi es que el movimiento febril puede ser nulo, intermitente y continuo; y la nutricion conservarse intacta ó deteriorarse, sobreviniendo el marasmo. En muchos casos de peritonitis parciales son muy poco pronunciados los síntomas locales: no hay dolor, tumor, ni trastorno marcado de las funcio-

nes de las vísceras del abdomen. Pero los individuos enflaquecen, esperimentan un malestar habitual, una especie de dificultad de vivir, que no pueden esplicar; sobrevienen accesos de calentura; el sistema nervioso, como en todos los individuos enfermos, se hace muy susceptible, observándose en sus funciones gran número de anomalías, que no se sabe á que referir. Entonces se coloca la causa primitiva de todos los accidentes en el mismo sistema nervioso, que solo se halla afectado simpáticamente y de un modo enteramente secundario. Muchas de estas enfermedades se consideran por largo tiempo como puras neuroses, y luego se convierten en graves afecciones orgánicas. Lo son desde el principio; pero se desconoce necesariamente su naturaleza por la ausencia de síntomas locales. En tal caso se hallan gran número de hipocondriacos: se miran sus males como imaginarios, y lo cierto es que en la mayor parte de ellos los caprichosos accidentes que se observan, y que se refieren con razon á un trastorno de las funciones nerviosas, reconocen por orígen la afeccion mas ó menos latente de un órgano. La minuciosa atencion que prestan á su salud, y la singular tendencia á exagerar sus mas ligeros padecimientos, ¿no es un medio, digámoslo asi, de revelar al esterior la espresion del malestar habitual demasiado cierto que esperimentan, y que siempre tenemos tendencia á negar, porque no descubrimos su causa?

Examinaremos sucesivamente las flegmasias parciales, que pueden invadir: 1.° el grande epiploon; 2.° el peritóneo de los hipocondrios y de los vacíos; 3.° el de la escavacion de la pelvis; y 4.° citaremos en seguida algunos casos de tumores, que tienen su asiento al esterior del peritóneo, en su cara esterna, como por ejemplo, entre las hojas del mesenterio, entre los pliegues peritoneales que constituyen los ligamentos anchos del útero, en el tegido celular que rodea los riñones, y en el que á falta de peritóneo se interpone inferiormente entre la vejiga, el útero y recto.

CAPITULO I.

EPIPLOITIS.

Se ha observado algunas veces en el estado agudo, y con mas frecuencia en el crónico, la inflamacion aislada de esta importante porcion del peritóneo. La siguiente observacion presenta un ejemplo de ella en el estado agudo.

XXVIII.ª OBSERVACION.

Epiploitis aguda, que produjo la muerte en un sugeto afectado de una doble enfermedad crónica del estomago y del hígado.

Un vendedor ambulante, de 64 años de edad, entró en la Caridad hácia mediados de enero de 1826. Presentaba los síntomas de una gastritis crónica, acerca de los cuales no insistiremos ahora, y ademas escedia su hígado muchos dedos del borde cartilaginoso de las costillas derechas, formando un tumor doloroso al tacto en el hipocondrio. El resto del abdomen estaba blando é indolente, no habia calentura, y el marasmo se hallaba aun poco adelantado. Hasta el 17 de febrero permaneció el enfermo poco mas ó menos en el mismo estado; tan solo se debilitaba gradualmente. En este dia tuvo por la primera vez vómitos, y se le fijó un dolor en toda la pared anterior del abdomen. Cuando le volvimos á ver el 18 de febrero, persistia el dolor y se aumentaba con la presion, los músculos rectos estaban notablemente tensos y contraidos, continuaba el paciente vomitando, y tenia mucha calentura. Del 18 al 21 persistieron los mismos síntomas, se aumentó la debilidad, y sobrevino la muerte el dia 22.

ABERTURA DEL CADAVER.

Separadas las paredes abdominales, se halló estendido delante de la masa intestinal un cuerpo rojizo, de cinco á seis líneas de grueso, que se desgarraba con facilidad, y daba entonces salida á un líquido sero-sanguinolento, estaba fijo por la parte superior, donde adheria al colon transverso, tenia libres los demas bordes, y terminaba en la inmediacion del pubis. Este cuerpo era evidentemente el grande epiploon enrojecido y entumecido por la inflamacion de que habia sido asiento. La referida flegmasía se anunció por los síntomas mas comunes de toda peritonitis aguda. El resto del peritóneo no ofrecia vestigio alguno de estado morboso, ni en él habia derrame. Ademas se encontraron masas cancerosas en el hígado, y una induracion escirrosa de la porcion pilórica de las paredes del estomago. Su membrana mucosa gruesa

y de un gris apizarrado nada presentaba que indicase un acto de inflamacion reciente, de suerte que los vómitos, cuya aparicion habia coincidido con la de los dolores abdominales, dependian como estos de la epiploitis.

En otro caso, del que solo hemos conservado una nota tan ligera, que no sirve para formar una historia detallada, hemos visto desarrollarse en 24 horas un tumor considerable á los alrededores del ombligo, en un sugeto, que como el precedente, padecia una enfermedad hepática, y que tambien sucumbió con rapidez. Al abrir el cadáver hallamos que el tumor reconocido durante la vida, estaba formado por el epiploon, considerablemente entumecido, y de cuyo tejido blando y fácil de desgarrarse, salia un líquido sanguinolento. Este caso difiere del precedente por la existencia del tumor desarrollado probablemente con tanta rapidez á espensas del tejido celular, que entra en la composicion del gran epiploon.

Las numerosas alteraciones que suelen residir en el grande epiploon, pueden reconocer por orígen una inflamacion aguda, semejante á las precedentes; pero en el mayor número de casos no tienen la forma aguda, y se desarrollan lentamente de un modo sordo. Así que puede hallarse dicha membrana simplemente entumecida é ingurgitada de líquido, hipertrofiada verdaderamente, endurecida y escirrosa ó transformada en tejido fibroso. Con cualquiera de las alteraciones precedentes puede segregar en su interior, ora pus diseminado ó reunido en un foco, ora materia tuberculosa. Las vesículas adiposas de que abunda, pueden presentarse en forma de pequeñas granulaciones duras y brillantes, que parecen ser únicamente grasa alterada, de lo cual podemos asegurarnos examinando los grados sucesivos porque pasa para adquirir semejante aspecto, que constituye tambien una de las lesiones designadas de un modo vago con el nombre de *cáncer*.

A medida que se desarrolla el grande epiploon, sufriendo una ó muchas de las modificaciones que se acaban de indicar, puede modificarse en su forma constituyendo los tumores mas variados respecto de su volúmen y aspecto. Tales tumores pueden fácilmente confundirse con el cuerpo de un estómago engrosado y endurecido, lo cual acontece sobre todo cuando el epiploon no aumenta de volúmen, y forma solo tumor en la porcion, que se estiende desde la gran corvadura del estómago al colon. Entonces representa un rodete mas ó menos grueso, que empuja hácia atras al arco del intestino colon, y toca al es-

tómago. Percibiéndose al través de las paredes abdominales este rodete con la superficie lisa y desigual, debe creerse que es el cuerpo del estómago, y segun los grados de desarrollo del epiploon gastro-cólico, la palpacion induce á atribuirle, ora á toda la estension del cuerpo de dicha víscera, ora á su fondo, ora á su porcion pilórica. Hemos visto casos, en que era tanto mas inevitable la equivocacion, cuanto que existian con el tumor diversos síntomas de una afeccion orgánica del estómago. Otras veces, por el contrario, continúan verificándose las digestiones, y entonces pueden persistir por mucho tiempo los tumores del epiploon gastro-cólico, sin trastornar notablemente la economía. Otras, finalmente, sin que haya trastorno en la digestion, reacciona simpáticamente el estado morboso del epiploon en varios órganos, modifica la circulacion, y produce por sí solo calentura héctica, y la muerte. Estas diferencias dependen sin duda, 1.° de las relaciones del tumor con el estómago, 2.° de su composicion anatómica, y 3.° de las disposiciones individuales, de donde se origina la produccion de desórdenes funcionales muy variados, bajo la influencia de una lesion idéntica.

Si el grande epiploon se entumece, principalmente en su parte izquierda, puede acontecer que el tumor se parezca por su situacion y relaciones al bazo desarrollado. Hemos visto un caso de este género :

El hipocondrio izquierdo se hallaba ocupado por un cuerpo voluminoso, que parecia duro y abollado al través de las paredes abdominales; hàcia arriba podia seguírsele hasta el borde cartilaginoso de las costillas falsas izquierdas, por detras del cual parecia continuarse. Desde el punto donde simulaba salir de detras de las costillas, se prolongaba hàcia el ombligo, afectando una direccion oblícua de arriba abajo, y de izquierda á derecha; se le volvia à encontrar en la estension de algunas pulgadas hàcia el lado derecho é inferior del ombligo, y terminaba por una especie de borde desigual: el resto del abdomen habia conservado su flexibilidad natural. Mas adelante se manifestò una ascitis, y desde entonces el liquido interpuesto entre las paredes abdominales y el tumor, impidió que se percibiera tan distintamente, y ocultó sus progresos. Despues se infiltraron los miembros, se ingurgitaron los pulmones, y murió el enfermo.

Al abrir el cadáver se encontrò el peritòneo lleno de serosidad transparente, sin mas lesion orgànica que un endurecimiento escirroso del grande epiploon, de donde resultaba la existencia de un tumor, que era sobre todo muy voluminoso por la parte del fondo del estòmago, y que reconocido du-

rante la vida, se refirió al bazo á causa de su posicion. Este ocupaba su lugar acostumbrado, y era de un pequeño volúmen. En ningun órgano habia alteracion apreciable de nutricion.

Esta observacion, notable porque ofrece una dificultad en el diagnóstico, que no puede resolverse decididamente sino por la autopsia, presenta aun otra circunstancia digna de interés: la existencia de una doble hidropesía del abdomen y de los miembros inferiores sin lesion del corazon ni del hígado, y para cuya esplicacion no se halló mas que la del grande epiploon, de modo que no habia ningun obstáculo mecánico que pudiese determinarla. ¿Se dirá que la ascitis fue producida por la irritacion, que se propagó desde el epiploon gastro-cólico al resto del peritóneo? Entonces será necesario admitir una gran diferencia entre el aumento de vitalidad que en el epiploon produjo tan grave alteracion, y la que en el resto de la membrana serosa determinó solo la formacion de un poco de albúmina líquida distendida en mucha agua. Por otra parte, ¿cómo esplicar en esta hidropesía el considerable edema de los miembros superiores é inferiores? ¿Se dirá que tambien fue resultado de la irritacion del peritóneo propagada por simpatía al tejido celular de los miembros? No pasaria de ser una suposicion gratuita.

En los casos que acabamos de citar, hemos visto que ocupaban principalmente la porcion supra-umbilical del abdomen los diferentes tumores constituidos por el epiploon; en otros por el contrario, los tumores epiplóicos aparecen principalmente por debajo del ombligo, desde este punto hasta el pubis, estendiéndose mas ó menos por las dos fosas iliacas: entonces pueden tambien confundirse con tumores pertenecientes á diversos órganos, como los intestinos, los ovarios ó el útero. En la siguiente observacion, por ejemplo, el tacto anunciaba una afeccion cancerosa del útero: el tumor considerable, que se percibia por encima del pubis, y se prolongaba por detrás de él, se hubiera podido confundir con el cuerpo del útero desarrollado y canceroso como el cuello. Esta observacion nos parece que presenta circunstancias bastante interesantes, para que la reliramos detalladamente.

XXIX.ª OBSERVACION.

Tumor canceroso del grande epiploon, que ocupaba la porcion sub-umbilical, y parecia ser por su situacion el utero desarrollado. Cáncer del cuello uterino. Peritonitis general aguda consecutiva.

Una mujer, de 31 años de edad, que tenia los menstruos desde los 11, se casó á los veinte y uno, y tuvo cuatro hijos, pariendo el último cinco años antes de la época en que fué recibida en la Caridad. Desde este parto, que fué laborioso, la quedó una leucorrea. Hacia solo ocho meses que habia tenido una metrorragia abundante, que desde entonces se manifestaba muchas veces. En seguida empezó á sentir dolores en el abdomen, y percibió que este adquiria un volúmen no acostumbrado. Entró en el Hotel-Dieu tres meses antes de someterse á nuestra observacion, y aseguraba que entonces tenia el vientre semejante al de una mujer próxima á parir. Se reconoció por el tacto y por el *speculum uteri* una lesion del cuello uterino, que *se cauterizó dos veces*. Las dos cauterizaciones prodogeron dolores tan vivos que no quiso la paciente sujetarse á una tercera. Decia que únicamente desde esta época sentia en el hipogástrio, ya punzadas muy penosas, ya dolores parecidos á los que acompañan al parto. Salió del Hotel-Dieu al mes de su entrada, y volvió á los ocho dias: esta vez se empleó otro medio de tratamiento: *aplicaciones frecuentes de sanguijuelas al abdomen, baños, é inyecciones emolientes á la vajina*. Salió muy aliviada, despues de haber permanecido tres semanas.

El 25 de diciembre tomó en su casa un purgante, que renovó los dolores abdominales, y fué seguido de una diarrea, que duraba aun el 12 de enero de 1821, dia en que entró en la Caridad.

Entonces se hallaba el abdomen muy dolorido á la presion, sobre todo por debajo del ombligo. El tacto daba á reconocer un tumor redondeado, que se prolongaba por detras del pubis, se estendia hasta dos dedos debajo del ombligo, y parecia ser la matriz aumentada de volúmen. Esplorado por medio del tacto el cuello del útero, se presentaba casi á la entrada de la vajina: estaba blando y muy sensible; por el orificio dilatado cabia la estremidad del dedo índice. Las paredes de la vajina eran duras y rugosas, y el dedo salia teñido de sangre fétida. El pulso estaba frecuente y débil, la lengua húmeda y natural, el apetito era nulo, la sed mediana, y persistia la diarrea con abundancia (*tres ó cuatro cámaras líquidas por hora*).

Una aplicacion de sanguijuelas al abdomen disminuyó la intensidad de los dolores, del mismo modo que la diarrea. Del 16 al 20 de enero fueron casi nulos los dolores, y entonces se pudo apreciar mejor la disposicion y la estension del tumor: se prolongaba por la region iliaca derecha y el vacio del mismo lado, donde ofrecia gran número de abolladuras, siendo en todos los puntos muy sensible al tacto; el colon, que ocupaba su sitio acostumbrado, se hallaba muy distendido por gases encima del pubis. En las veinticuatro horas hizo la paciente de quince á veinte deposiciones (*cocimiento blanco de Sydenham, pocion con una dracma de diascordio, un escrúpulo de láudano, y una dracma de agua de flor de naranjo en cuatro onzas de agua de tilo y una de jarabe de claveles*). Desde el dia siguiente al de la administracion de esta pocion cesó la diarrea, y la enferma se encontró bien hasta el 30 de enero. En este dia, despues que muchas personas palparon el abdomen, volvie-

ron á presentarse los dolores mas vivos que nunca, y acompañados de diarrea. Desde entonces rápido abatimiento y descomposicion de las facciones. Murió el 4 de febrero por la mañana, habiendo pasado la noche dando gritos agudos.

ABERTURA DEL CADAVER.

El tronco y los miembros conservaban la gordura, y las mamas con especialidad contenian mucha grasa.

Palpando el abdomen se notaba un tumor duro, desigual y abollado, que se estendia por arriba hasta un poco por encima del ombligo, se prolongaba por abajo hasta detrás del pubis, y se estendia lateralmente á los dos vacios y á las dos regiones iliacas. Por encima del ombligo estaba muy timpanítico el abdomen.

Levantando las paredes del vientre se observaron los siguientes objetos:

El estómago enormemente distendido por gases ocupaba toda la region epigástrica, y se estendia hácia abajo hasta dos ó tres pulgadas por encima del ombligo.

La region umbilical, el vacio derecho, el hipogástrio y las dos fosas iliacas estaban ocupadas por un tumor, que por la parte superior se insertaba en el borde cólico del estómago, y por la inferior se escondia detrás del pubis, prolongándose sobre su cara posterior.

Las circunvoluciones intestinales cubiertas de una exudacion albuminosa, que las unia entre sí, ocupaban el vacio derecho y una parte de la region iliaca del mismo lado.

Exámen del tumor. Desprendido del estómago y vuelto de arriba abajo se veian sucesivamente detrás de él el arco del cólon, con quien estaba adherido, una parte de la masa de los intestinos delgados, el ciego, y las dos porciones ascendente y descendente del cólon, con las que no habia contraido ninguna adherencia. Mas abajo se unia ya á la matriz, ya á las porciones del peritóneo conocidas con el nombre de *ligamentos anchos*, que degenerados tambien formaban una sola masa con el tumor. La situacion, direccion y relaciones de este, dieron bien pronto á conocer que pertenecia al epiplon.

Tenia una dureza notable; su cara libre ó anterior presentaba numerosas desigualdades que le hacian aparecer como rugoso y abollado. Su grueso variaba en los diferentes puntos, siendo en algunos sitios de dos dedos.

La misma cara anterior presentaba superficialmente una capa densa de dos á tres líneas de grueso, de un blanco agrisado, y que tenia enteramente el aspecto de las membranas falsas, duras y antiguas, que se hallan con tanta frecuencia en la pleura, separándose con facilidad de las partes subyacentes á las que se unia por un tegido celular flojo. Dichas partes subyacentes ofrecian una estructura del todo diversa y muy complicada: en muchos puntos habia un tegido de color blanco azulado, semi-transparente, sin indicios de vasos sanguineos, y que rechinaba al dividirle (escirro en estado de crudeza); en otros existian pequeñas cavidades, ya redondeadas de un modo bastante regular, ya oblongas y mas ó menos anfractuosas, ocupadas por un líquido amarillento y gelatiniforme. En las mas pequeñas de estas cavidades apenas cabia una lenteja; en las mayores podia colocarse una almendra (escirro en estado de reblandecimiento de M. Laennec). En todos los sitios se hallaba

mezclado con el tegido precedente otro de un blanco opaco, y por el cual se ramificaban vasos sanguineos, que entrecruzàndose dejaban entre sí areolas mas ò menos irregulares (tegido encefaloideo en estado de crudeza). Tan solo en dos ó tres puntos existia una sustancia pultàcea y rogiza, semejante à la materia del cerebro, que empieza á podrirse, y que està manchada de sangre (tegido encefaloideo en estado de reblandecimiento). Finalmente en algunos sitios se hallaba alterado el color blanco de los tegidos precedentes por un tinte moreno bastante subido, que tal vez indicaba un principio de melanosis.

(Véase lo que acerca de estos diversos productos accidentales hemos dicho en el curso del presente volúmen).

En medio de estos diferentes tegidos, que se entrelazaban de suerte que parecian ser tan solo simples graduaciones de uno mismo, existian gran número de pequeñas masas de grasa amarillenta y sólida, como la que se halla en el hombre mas sano (es decir, en los ajusticiados).

La porcion del peritòneo donde se inserta la S iliaca del cólon; la que constituye los ligamentos anchos, y la que de la cara anterior del recto se dirige à la posterior de la matriz, se hallaban invadidas de la misma especie de degeneracion. Fué imposible hallar ningun vestigio de trompas ni de ovarios.

Entre las dos hojas del mesenterio habia depositada gran cantidad de gordura, y en la cara interna de cada una de ellas se notaban muchas granulaciones pequeñas de un blanco agrisado, poco consistentes, que se quebrantaban con facilidad entre los dedos, y se transformaban entonces en una especie de liquido lechoso: todas eran redondeadas, y tenian poco mas ò menos el tamaño de una lenteja. Desprendiendo sucesivamente el peritòneo de los intestinos hàcia estas granulaciones, nos pareció de un modo evidente que pasaba por delante de ellas, demostrando por consiguiente que estaban desarrolladas fuera de su cavidad.

La porcion del peritòneo que cubre toda la masa intestinal estaba cubierta por una exudacion albuminosa, á beneficio de la cual habian contraido la mayor parte de los intestinos adherencias mútuas, que se destruian con facilidad. El peritòneo, visto por encima de la exudacion, parecia conservar su grueso y transparencia ordinarias, y se desprendia tambien con facilidad de la túnica muscular subyacente. En el tegido celular que une las dos membranas, habia gran número de vasos sanguineos muy inyectados, de cuya circunstancia dependia el color rojo subido que presentaba el peritóneo. Cuantas veces se procurò separar esta membrana, se notò que algunos de los referidos vasos pasaban á ella y se distribuian por su espesor. Es digno de notarse que en los intestinos no existia ninguna de las granulaciones anteriormente descritas.

Examinada la mucosa intestinal en la mayor parte de su estension, era blanca, gruesa, y á la vez muy blanda. Se desprendia con la mayor facilidad de la membrana subyacente, y arrastraba consigo à la túnica laminosa, que parecia hallarse ingurgitada de líquidos y como infiltrada.

El estòmago, distendido por muchos gases, estaba completamente sano.

La matriz tenia doble volumen del que ofrece por lo regular; sin embargo, no sobresalia de los pubis, lo cual dependia en gran parte del considerable descenso del cuello en la vajina, pues se le percibia muy cerca de la vul-

va. Las paredes del cuerpo, muy gruesas y duras, conservaban en parte su aspecto natural; pero muchos puntos del tegido propio de la matriz habian sufrido una degeneracion cancerosa idéntica á la del epiploon, notándose sobre todo el tejido llamado cerebriforme en el estado de crudeza.

El cuello era notable por su longitud; parecia tambien un poco mas ancho de lo regular, y las arrugas de su superficie interna se hallaban completamente borradas.

Los dos labios ofrecian una blandura notable; además, eran desiguales; estaban sembrados de muchas erosiones pequeñas y superficiales; exhalaban un olor fétido, y tenian un color verde pardusco, que no penetraba á mas de dos ó tres líneas de profundidad. Despues de quitar esta capa superficial, que se desprendia como una especie de detritus, raspando con el escalpelo, se encontró un tegido de un rojo lívido; como esponjoso y fácil de desgarrarse, penetrado de gran cantidad de sangre, que fluia siempre que se cortaba ó comprimia. Nos parece que podia referirse al tegido eréctil.

La pared inferior de la vajina era rugosa, desigual y estaba ulcerada superficialmente.

El hígado estado pálido y notablemente blando. Las mismas circunstancias presentaban los riñones. El bazo, del tamaño ordinario, se hallaba ingurgitado por un líquido de color de vino, y de una viscosidad particular.

La aorta abdominal apenas tenia el diámetro de la carótida primitiva.

En la parte posterior y derecha de la matriz habia un kiste, cuyo volúmen no pudo apreciarse, porque antes de ponerle á descubierto, se escapó el líquido transparente é incoloro que contenia.

El recto presentaba una desviacion lateral izquierda mayor que la natural.

La vejiga, muy comprimida entre la matriz y el pubis, era notable por la pequeñez de su cavidad.

Los órganos contenidos en el cráneo y en el pecho estaban completamente sanos.

Hemos referido la presente historia con el principal objeto de llamar la atencion del lector acerca de los considerables tumores que se observan en el peritóneo, y cuyo diagnóstico es con frecuencia muy obscuro, porque pueden confundirse á causa de la forma que afectan á veces con los desarrollados á espensas de ciertos órganos, como el hígado, el bazo, el útero, los riñones, los ovarios, ó algunas porciones del tubo digestivo. Rogamos al lector que compare la presente observacion con otros dos hechos citados en el curso de esta obra, con cuyo motivo insertaremos tambien el siguiente.

Un impresor de 44 años de edad, que habia sido oficial de marina, estuvo por mucho tiempo prisionero de guerra en Inglaterra, donde esperimentó mucha miseria. Dos años antes de entrar en la Caridad empezó á sentir dolores bastantes vivos en el abdomen. Al cabo de cierto tiempo cedieron los dolores y desaparecieron; pero percibió que el vientre se entumecia poco á po-

co. Cuando le vimos estaba muy flaco, y la cara ofrecia un tinte amarillo pajizo; se hallaban infiltrados los miembros abdominales, y en el vientre se percibia un tumor abollado que ocupaba la mayor parte de él, presentándose en el ombligo, desde donde se estendia á los hipocondrios, con especialidad al izquierdo, y siendo dolorido al tacto. ¿Cuál era la naturaleza, cuál el asiento del tumor? Por su forma y situacion parecia ser el bazo muy aumentado de volúmen.

Habiendo muerto este enfermo, presentó la abertura del cadáver las siguientes lesiones:

La pared abdominal anterior se adheria á un tumor voluminoso en el espacio correspondiente al hipocondrio y vacío izquierdos, y en el lado derecho estaba unida al lóbulo correspondiente del hígado. El tumor y la masa intestinal, inclinada á la derecha por la presion de aquel, aparecian cubiertas por falsas membranas negras.

En el medio del mismo peritóneo, por delante del colon transverso y del descendente, se habia desarrollado una enorme masa de materia blanquecina y dura, que rechinaba en algunos puntos al cortarla con el escalpelo, y estaba en otros reblandecida y reducida á pulpa agrisada ó rojiza: esta masa tendria próximamente el tamaño de la cabeza de un feto de todo tiempo. Las circunvoluciones de los intestinos delgados estaban unidas entre sí por una materia igual, que cubria tambien las dos caras del hígado, y rodeaba á los vasos biliarios, á la arteria hepática y vena-porta.

En el mesenterio se hallaron los ganglios linfáticos voluminosos, y convertidos tambien en una sustancia blanquecina semejante á la que constituia el tumor principal.

CAPITULO II.

INFLAMACION PARCIAL DEL PERITONEO, DE LOS VACIOS Y DE LOS HIPOCONDRIOS.

Se hallan con frecuencia en los cadáveres bridas celulares, que unen el diafragma y la cara convexa del hígado, y tambien las hay á veces entre el bazo y la parte de las paredes abdominales, con quienes se halla en relacion su superficie esterna, sin notarse al mismo tiempo ningun indicio de inflamacion en el resto del peritóneo. En la mayor parte de los casos en que la autopsia descubre tales peritonitis parciales, que podrian llamarse peri-hepatitis ó peri-esplenitis, no se sabe si durante la vida han ocasionado algun síntoma particular. Véanse, sin embargo, algunos hechos que hemos recogido acerca de este punto.

En dos casos en que hallamos unidos el hígado y el diafragma por íntimas adherencias, nos dió á conocer la historia antecedente de los enfermos que muchos años antes de la época en que los examinamos habian tenido una ictericia. El hígado se encontraba en el estado normal.

En otro enfermo se manifestó una ictericia durante su permanencia en el hospital, complicando á otra enfermedad (congestion cerebral con calentura), y acaeció la muerte al noveno dia de aparecer dicho síntoma. Nunca se habia quejado el enfermo de ningun dolor por parte del hígado. Al abrir el cadáver apareció este órgano exento de toda lesion apreciable y poco ingurgitado de sangre; pero entre él y el diafragma se hallaban interpuestos rudimentos de falsas membranas blandas, blanquecinas é inorgánicas, que eran evidentemente de reciente formacion. El duodeno no estaba alterado. Como indicios de la enfermedad primitiva se encontraron numerosas úlceras en la terminacion de los intestinos delgados, y en los intestinos gruesos.

Si hemos admitido en otro lugar que cuando existe una simple pleuresia diafragmática en el lado derecho puede determinar una ictericia, irritando simpáticamente el hígado (*véanse* las observaciones citadas en apoyo de esta asercion), con mas razon, á nuestro parecer, deberemos admitir que la ictericia puede depender de la flegmasia de la porcion del peritóneo que

rodea al hígado, á la manera que la inflamacion de la pleura determina la tos, irritando simpáticamente el parenquima pulmonar y los bronquios.

En otro enfermo que durante la vida se quejó de antiguos y repetidos dolores en el hipocondrio derecho, pero que nunca habia tenido ictericia, hallamos notablemente engrosada la cápsula de Glisson despues de la muerte, y algunas bridas celulares que se estendian por una parte del diafragma á la cara convexa del hígado, y por otra desde este órgano al arco del colon. Las bridas pertenecientes á esta última especie de adherencia eran notables por su longitud.

En otro individuo que murió á consecuencia de un doble cáncer del hígado y del estómago, habia adherencias celulares bastante flojas que unian el hígado al diafragma y á las paredes abdominales anteriores, al través de las cuales se le percibia durante la vida. Este sugeto ofreció la singular circunstancia de sentir dolores, con especialidad en la region del hígado, cuando bajaba escaleras: ¿dependeria esto de que las bridas celulares que unian el hígado al diafragma sufriesen entonces una penosa traccion?

Ahora podríamos preguntar por qué existiendo las mismas adherencias al rededor del hígado no se anuncian en un caso por ningun síntoma, son en otro dolorosas, y ocasionan en un tercero la ictericia. Pero á tal pregunta no se puede dar mas solucion que citar casos análogos, manifestando que no son mas constantes la mayor parte de los síntomas que designan la inflamacion aguda ó crónica de las demas membranas serosas. En efecto, la pleuresia puede existir con ó sin dolor, con ó sin tos; la pericarditis, cuya invasion anuncia con frecuencia un dolor característico, puede ser indolente en el principio, y conservarse del mismo modo por todo el tiempo de su duracion; ora determina en las contracciones del corazon las modificaciones mas variadas, ora no impide que continúen en su estado natural; la meningitis, aun cuando sean idénticos su asiento é intensidad, ó bien ocasiona delirio, ó bien deja intacta la inteligencia, determinando ó no cefalalgia, etc.

En la proximidad del hígado, del bazo y de los riñones, se desarrollan con frecuencia tumores que dependen de la existencia de cierta cantidad de líquidos de varia naturaleza en sacos formados por membranas falsas, que resultan de una inflamacion parcial de la membrana serosa abdominal. Tales membranas falsas carecen generalmente de regularidad en su mútua disposicion. Producen por lo comun en el interior del saco, cuyas paredes constituyen bridas y tabiques mas ó menos com-

pletos, que le dividen en muchas celdillas. Otras veces se elevan, si podemos espresarnos asi, á un grado mas alto de organizacion. La cara interna de las paredes del saco ofrece entonces un aspecto regular, liso ó areolado como el que tienen las cavidades naturales: y la seudo-membrana que al principio solo era un producto amorfeo, pero organizable, se transforma en un tegido membranoso celulo-vascular, que á veces adquiere el aspecto de una membrana serosa ó mucosa. Entonces puede ser asiento de las mas variadas secreciones, y de esta suerte es fácil concebir cómo en el interior de tales tumores enquistados se hallan líquidos tan diferentes: serosidad, pus con todas sus variedades, sangre, otras materias, á las que no se ha impuesto aun nombre alguno, semejantes á la gelatina de carnes, á la miel, al sebo, etc., y aun los mismos hidatides.

Entre estos casos citaremos el siguiente, que ofrece interés con relacion al diagnóstico.

XXX.ª OBSERVACION.

Tumor en el hipocondrio izquierdo, desarrollado en medio de falsas membranas del peritóneo.

Un impresor, de 23 años de edad, presentaba cuando entrò en la Caridad todos los síntomas de una tisis pulmonar muy adelantada. Ademas tenia un tumor que elevaba las paredes abdominales por debajo del borde cartilaginoso de las costillas falsas izquierdas, siendo mas bien oblongo que redondeado, pareciendo prolongarse detràs de las costillas, y percibiéndose en la estension de mas de cuatro dedos por debajo de ellas. Sus límites transversales se hallaban posteriormente à la altura de la estremidad abdominal de la undécima costilla, y anteriormente un poco al lado izquierdo de la linea blanca. La percusion producia un sonido muy macizo en la parte lateral inferior izquierda del torax, donde por lo regular es mas claro el sonido que en ningun otro sitio, á causa de la presencia del fondo del estòmago distendido por gases. Semejante sonido solo podia depender de una de las tres siguientes circunstancias: 1.º de un derrame pleurítico que hubiese empujado hàcia abajo el diafragma, haciendo sobresalir el bazo en el hipocondrio; 2.º de un desarrollo insólito del mismo bazo; y 3.º de un tumor de nueva formacion producido en la inmediacion de este órgano. Pero ningun otro signo inducia à sospechar un derrame pleurítico. Preguntamos al enfermo si habia alguna vez tenido calenturas intermitentes, afeccion que frecuentemente deja en pos de si un infarto mas ó menos considerable del bazo: su respuesta fué negativa. Aseguraba que el tumor que tenia en el hipocondrio se habia desarrollado lentamente. Tres años antes habia sentido en el mismo punto un dolor muy vivo, que le obligó à guardar cama por muchos dias, y que fué acompañado de calentura; este dolor se combatió con una sangria general y la aplicacion de muchas sanguijuelas al hipocondrio, y fué caracterizado entonces de reumatismo. Al cabo de quince dias cesó; pero desde esta época sintió

continuamente el enfermo una especie de incomodidad y malestar en el hipocondrio izquierdo; nunca percibió la existencia del tumor, que no determinaba dolor á la presion, y era indiferente el decúbito. Por esta reunion de circunstancias desechamos la idea de que el tumor dependiese del bazo, y nos inclinamos á que se habia desarrollado en el peritóneo, considerando muy probable que fuese su origen una inflamacion parcial de la referida membrana; inflamacion que tres años antes se habia anunciado por el dolor en el hipocondrio izquierdo. El enfermo murió poco tiempo despues, á consecuencia de los progresos de la tísis pulmonar.

ABERTURA DEL CADAVER.

Separadas las paredes abdominales se encontró en el hipocondrio izquierdo el tumor que se habia reconocido durante la vida. Tenia cuando menos el tamaño de dos naranjas gruesas reunidas, separaba por arriba el bazo de las paredes abdominales, y por abajo se estendia hasta cerca de la cápsula supra-renal. Le unian adherencias bastante íntimas á las diversas partes con quienes estaba en relacion. Ofrecia fluctuacion al tacto, y en el momento que se le cortó salió un líquido de un blanco sucio, sero-purulento é inodoro. Las paredes de la cavidad que le contenian, se hallaban formadas por un tegido blanquecino como celulo fibroso, y presentaban por término medio de cuatro á cinco líneas de grueso. Ninguna otra lesion existia en el resto del peritóneo. En los pulmones habia escavaciones tuberculosas, y en los intestinos úlceras con tubérculos. Volviendo á hacer un exámen mas prolijo del saco purulento del hipocondrio izquierdo, hallamos que en medio del tejido celulo-fibroso, que constituia sus paredes, habia diseminados bastante número de tubérculos pequeños. Así pues la misma secrecion morbosa, que se verificára en un grado muy elevado en los pulmones y en los intestinos, se notaba tambien en el mismo punto del cuerpo, donde durante la vida habia existido una flegmasia de larga duracion.

Esta historia es digna de notarse: 1.° bajo el punto de vista de la etiologia del tumor, cuyo orígen fué una peritonitis aguda limitada al hipocondrio izquierdo: 2.° respecto al diagnóstico, pues era necesario determinar si el tumor pertenecia ó no al bazo, y designar una causa al sonido macizo de la parte inferior izquierda del torax: 3.° con relacion á la composicion anatómica del tumor, en el que se habian desarrollado tubérculos, prueba que puede agregarse á las que hemos emitido en otro punto acerca de la etiologia frecuentemente inflamatoria de los tubérculos: y 4.° con referencia á los síntomas: pasado el período agudo, fueron los síntomas casi nulos; durante los tres

años que empleó el tumor en desarrollarse, no se anunció la accion morbosa de nutricion y secrecion, de que era asiento, sino por un poco de incomodidad en el punto donde se verificaba; no pudiendo saberse por otra parte si ocasionaria algunos síntomas generales, pues los que se presentaban reconocian suficiente causa en la existencia de la doble afeccion del pulmon y de los intestinos. Supóngase ahora que el tumor estuviese situado de modo que no fuese apreciable al tacto (lo cual hubiera podido suceder fácilmente), y supóngase que constituyese la única lesion que existiera en el enfermo, probablemente se hubieran trastornado la circulacion, la nutricion y las diferentes secreciones. ¡Cuan difícil hubiera sido entonces determinar el asiento y naturaleza de la afeccion local, causa y orígen del trastorno de las funciones!

Examinando el cadáver de otro sugeto, á quien no habíamos observado durante la vida, encontramos ocupado el hipocondrio izquierdo por un tumor del tamaño de un puño con las paredes fibrosas y lleno de muchos acefalocistes: uno de ellos muy voluminoso y roto, y otros cinco ó seis completos y mas pequeños, conteniendo todos como de costumbre un líquido transparente como el agua filtrada, y nadando en medio de otro líquido de un gris sucio, segregado por las paredes del saco grande que formaba su cubierta comun. Este tumor hidatídico se habia desarrollado en medio del peritóneo, y los órganos adyacentes se hallaban unidos á él por adherencias celulares.

Hemos presentado á la Academia de Medicina una pieza de Anatomía patológica relativa al hecho siguiente:

Entró en la Caridad un hombre con un tumor voluminoso que ocupaba los dos hipocondrios y el epigastrio: muchos meses antes habia sentido un dolor sordo hàcia el hipocondrio derecho, y padecido ictericia. Este tumor parecia constituido por el hígado. El enfermo murió al cabo de algun tiempo, despues de haber presentado síntomas de tisis pulmonar, de enteritis y peritonitis.

Al abrir el cadáver se hallaron tubérculos en el pulmon, un derrame sero-purulento con falsas membranas en el peritòneo, rubicundez en los intestinos gruesos, y ademas las dos lesiones siguientes:

1.° Un tumor enquistado del tamaño de la cabeza de un feto de todo tiempo, situado entre el riñon derecho y la cara cóncava del hígado: parecia tener orígen en el peritòneo, era de paredes fibrosas, y estaba ocupado por un liquido purulento, en medio del cual nadaban restos de membranas y acefalocistes. Semejante tumor nos pareció haber sido primitivamente un saco hidatífero, en el cual se habian roto los hidatides, y sucesivamente destruido y

reemplazado por pus (1). El tumor empujaba al hígado, que desalojado del hipocondrio derecho formaba una prominencia considerable en el epigastrio è hipocondrio izquierdo. Este era pues efectivamente el órgano que durante la vida se habia percibido al través de las paredes abdominales. Su lóbulo derecho comprimido por el tumor habia sufrido una verdadera atrofia, al paso que el izquierdo tenia por el contrario un volúmen no acostumbrado. Su sustancia estaba sana.

2.° Otro quiste, lleno tambien de hidatides acefalocistes rotos y arrugados, se hallaba situado en el trayecto de los vasos biliares. Al rededor y entre las membranas rotas de los acefalocistes se habia depositado una materia sebácea, abundante y parecida á la que se halla á veces en ciertos quistes de los ovarios, donde está con frecuencia mezclada con guedejas de pelos.

Añadamos á este caso el hecho siguiente recogido en la Caridad á fines del invierno de 1824.

Entró por esta época en el hospital una mujer de 28 años, que tenia un tumor renitente, elástico é indolente en la region del hipocondrio derecho: parecia ser del tamaño de una naranja gruesa, por el lado izquierdo no se estendia hasta el epigastrio, y por arriba penetraba al parecer en el mismo hígado: Se le imprimian con bastante facilidad algunos movimientos, y sin embargo no se le podia hacer cambiar de lugar. Las demas funciones se hallaban en buen estado, y la nutricion era regular.

Esta mujer entró en el hospital para desembarazarse del tumor, que segun sus espresiones, la inquietaba mas para lo sucesivo que por de pronto.

Diagnóstico. Tumor hidatífero que pertenecia probablemente al hígado.

Despues de una corta permanencia en el hospital salió la enferma casi en el mismo estado en que entró. Al cabo de algunos meses volvió de nuevo, y entonces el tumor era algo mas considerable, agregándose á él todos los síntomas de una tisis pulmonar: demacracion, repugnancia á los alimentos, vómitos y diarrea. Murió á principios de junio de 1825.

Al examinar el cadáver se hallaron escavaciones tuberculosas en los pulmones; el hígado sano, del mismo modo que sus dependencias; debajo del lóbulo medio y en contacto inmediato con él se presentó un tumor globuloso, de paredes elásticas y trasparentes, que habia empujado hácia la izquierda al duodeno y al estómago, y que se estendia por abajo, sin disminuir de volúmen hasta la region renal derecha. De la parte superior de su lado interno se desprendia un conducto que se reconocia ser el ureter. Este tumor

(1) Al tratar de las enfermedades del hígado hemos tenido ocasion de citar algunos casos de haber hallado igualmente en el hígado sacos accidentales que contenian á la vez pus y restos de hidatides.

tendria el tamaño de tres naranjas gruesas; contenia muchos hidatides voluminosos; sus paredes estaban formadas por una membrana fibro-serosa, tapizada interiormente por una capa de materia pulposa y agrisada de una naturaleza difícil de determinar; otra materia semejante se hallaba adherida á la superficie interna de uno de los hidatides. Al principio se creyó que era un acefalociste transformado en un saco hidatífero; pero pronto nos aseguramos de que tan solo era un quiste desarrollado en la superficie interior del riñon: este, mucho mas pequeño que en el estado normal y verdaderamente atrofiado, se hallaba como oculto en la parte interna del tumor, habiendo cambiado notablemente de posicion; su tegido aparecia perfectamente sano. El otro riñon se encontraba en el estado normal.

CAPITULO III.

INFLAMACION PARCIAL DEL PERITONEO DE LA ESCAVACION DE LA PELVIS.

Este género de peritonitis parcial es notable por la frecuente oscuridad de su diagnóstico, y por los síntomas á que da lugar. Colocaremos en dos clases las observaciones que se refieren á él: la una comprenderá los casos en que la inflamacion del peritóneo no produce durante la vida tumor alguno apreciable al tacto; para la otra reservaremos aquellos en que hay tumor susceptible de reconocerse al través de las paredes abdominales. Aun despues de comprobado el tumor, no ha concluido el objeto del observador: es necesario determinar su naturaleza, y establecer si pertenece simplemente al peritóneo, ó á uno de los órganos pelvianos, perfeccion del diagnóstico, que no siempre es posible conseguir.

Hay cierto número de inflamaciones crónicas del peritóneo pelviano que únicamente se anuncian por el dolor y el enflaquecimiento del enfermo. Es claro que ninguno de estos signos sirve para descubrir la naturaleza de la afeccion que los causa. El dolor rara vez es vivo: en unos se presenta contínuo, en otros solo intermitente, y sus reproducciones parecen estar en relacion con exasperaciones pasageras de la peritonitis. En algunos casos en que no habia mas síntoma local que el dolor, y en los que no se alteraba al mismo tiempo la nutricion general, se le ha considerado equivocadamente como producto de una neurose. Hemos tenido ocasion de observar un hecho de este género.

El individuo era una jóven que á consecuencia del primer parto conservó un dolor que tenia su asiento en el hipogastrio detras de los huesos pubis, y que no se manifestaba sino de un modo intermitente, á la manera de una neuralgia. Cuando se reproducia ocupaba siempre el sitio indicado, y era poco intenso; pero por momentos se hacia lancinante, obligando entonces á la enferma á dar gritos, y propagándose como por irradiacion al cuello uterino, hácia las paredes abdominales, y hasta la region lumbar, donde decia la pa-

ciente que sentia dolores semejantes á los que existen en cierta época del parto. Tal fué su relacion cuando entró en la Caridad; y por cierto que considerada la afeccion como la acabamos de describir, parece una neuralgia. Pero cuando se sometió á nuestro exámen no tenia el mismo estado de simplicidad: hacia un mes que el dolor era continuo, aunque por otra parte menos intenso que cuando solo existia por intervalos; la presion del hipogástrio era dolorosa, el resto del abdomen estaba blando é indolente; habia un notable enflaquecimiento, una pequeña calentura continua y sudores frecuentes. Era evidente que la enfermedad no consistia en una simple neuralgia. Pensamos que existia una inflamacion crónica de uno de los ovarios, ó de alguna de las porciones del peritóneo que los rodea (*sanguijuelas, fomentos emolientes y narcóticos al hipogástrio.*) Los quince dias siguientes se conservó paco mas ó menos en el mismo estado, y despues se estableció una copiosa diarrea. El abdomen se puso tenso y dolorido en su totalidad, se debilitó rápidamente la enferma, y murió.

La abertura del cadáver manifestó en el peritóneo indicios de una inflamacion aguda reciente, la cual se habia anunciado los últimos dias de la vida por la tension y los dolores generales del abdomen (*serosidad turbia con mezcla de copos fibrosos amorfos.*) La mayor parte de la superficie interna de los intestinos gruesos, del mismo modo que la de la terminacion de los delgados estaba muy inyectada, lesion que se hallaba en armonía con la diarrea, acaecida en la última época. Estas alteraciones esplican suficientemente los nuevos accidentes, que unidos á la enfermedad primitiva aceleraron el término fatal; ¿pero cuál era la causa del antiguo dolor hipogástrico? La hallamos en un tumor del tamaño de una naranja pequeña, situado profundamente en la escavacion de la pelvis, donde estaba dispuesto de modo que su mitad derecha se interponia entre el útero y recto, al paso que la izquierda oculta por delante con el ligamento ancho, escedia de los dos órganos. Contenia este tumor una cavidad separada en muchas celdas incompletas, en cada una de las cuales habia un líquido purulento. Sus paredes se hallaban constituidas por falsas membranas sobrepuestas, formadas evidentemente en el seno del peritóneo. El útero, los ovarios, el recto y la vejiga no ofrecieron ninguna alteracion apreciable.

Asi, pues, el dolor, que por mucho tiempo tuvo el carácter de una neuralgia, y que solo mas adelante pareció depender de una inflamacion crónica, reconocia por causa una flegmasia limitada á una pequeña porcion del peritóneo pelviano, y establecida de un modo sordo á consecuencia de un parto. Semejante flegmasia, por circunscrita que fuera, se hizo al cabo de cierto tiempo causa suficiente de calentura y enflaquecimiento gradual. En otra mujer hemos observado la misma especie de dolor acompañado de la propia serie de accidentes, y que sobre-

vino tambien despues del primer parto; pero al cabo de ocho meses de padecimientos se disiparon todos los accidentes, y recobró la enferma una completa salud. ¿Tendria por ventura la misma afeccion?

Pueden hallarse situados ó desarrollarse tumores semejantes al que acabamos de describir, de modo que compriman á los órganos con quienes se hallan en contacto, y dificulten por ejemplo el curso de las materias fecales ó de la orina.

Hemos visto un caso, en el que buscando la causa de una antigua constipacion con enflaquecimiento progresivo, se encontró en la escavacion de la pelvis un saco voluminoso, lleno de pus, desarrollado en el peritóneo, de paredes duras y como fibrosas: ocupaba el lugar del recto, que aplanado sobre él en forma de cinta estaba muy desviado al lado derecho, y no conservaba relacion con el sacro. Las paredes mismas del intestino no estaban alteradas; pero es difícil creer que si el individuo hubiese prolongado todavía por mucho tiempo su existencia, no hubiera sufrido à su vez alguna lesion de testura el recto, que se hallaba comprimido ó irritado por la presencia del tumor, que le habia hecho cambiar de lugar. Entonces tal vez hubiera podido acontecer que á beneficio de una fístula establecida entre la cavidad del tumor y la del recto se evacuase el pus por el ano, y se efectuase la curacion. Durante la vida se creyó que existia una induracion escirrosa de las paredes del recto. Las materias fecales salian con suma dificultad, y como al través de una hilera. Nunca hubo dolores vivos.

Hemos visto otro caso, en el cual la cavidad de la vejiga se hallaba casi completamente borrada por la presencia de un tumor hueco y lleno de pus y restos de hidatides. Desarrollado entre la vejiga y el recto habia empujado hácia adelante la pared posterior del reservorio urinario con bastante fuerza para hacerle tocar al orificio uretral. Los dos ureteres distendidos por una gran cantidad de orina casi habian adquirido el volúmen de un intestino delgado. Ignoramos qué síntomas habrian existido durante la vida.

Sentimos no poder presentar mas que notas insuficientes respecto de una mujer, que durante su larga permanencia en la Caridad ofreció en la parte derecha de la region hipogástrica un tumor voluminoso, dolorido al tacto, y que se consideró como perteneciente al ovario. Al abrir el cadáver se encontró que la mayor parte de la escavacion pelviana estaba ocupada por un tumor considerable, que sobresalia muchos dedos por encima del pubis, y formaba prominencia hácia la region iliaca derecha. Este tumor no pertenecia á ninguno de los órganos situados en la pelvis: los ovarios con especialidad se hallaban intactos. Tenia una cavidad llena de pus.

Estas diversas especies de peritonitis parciales existen con

menos frecuencia solas, que como complicacion de ciertas afecciones de los órganos contenidos en la pelvis, y con particularidad del útero y de los ovarios. Asi, pues, en cierto número de metritis crónicas se hallan al rededor del útero uno ó muchos focos purulentos, que tienen evidentemente su asiento en el peritóneo.

Véase otro caso, en el cual uno de estos focos purulentos era dependiente de una afeccion del ovario.

Una mujer de 36 años de edad sufrió una caida en agua fria en la época de su menstruacion, la cual se suprimió. Desde entonces se deterioró con rapidez su salud, que antes habia sido buena. Esperimentó un dolor poco vivo; pero continuo hácia la region hipogástrica; mas adelante fué acometida de vómitos y de una copiosa diarrea, y por último presentó los síntomas de una pleuroneumonia, de la cual murió cerca de siete á ocho meses despues de su caida en el agua.

Detras del útero y al lado izquierdo del recto inclinado al lado derecho se halló un saco accidental, en el cual cabia una naranja, y que estaba lleno de un pus consistente, verdoso é inodoro. Las paredes del saco se encontraban tapizadas por una membrana de apariencia mucosa, y en su lado izquierdo habia otro tumor, que parecia pertenecer al ovario aumentado de volúmen: efectivamente, se veian terminar en él la estremidad flotante de la trompa de Falopio y el ligamento ancho; el redondo era mas voluminoso que de costumbre. Este ovario se habia transformado en un saco lleno de pus, en cuya cavidad podia colocarse una manzana pequeña. De uno de los puntos de union de los dos tumores precedentes se elevaba otro tercero oblongo, de paredes delgadas y transparentes, y lleno de serosidad clara. Uno de los pulmones estaba hepatizado. El estómago presentaba en su superficie interna muchas y estensas placas rojas con reblandecimiento y adelgazamiento de la membrana mucosa. La misma alteracion existia en los intestinos gruesos.

Las inflamaciones parciales del peritóneo pelviano, que dan lugar á la formacion de focos purulentos circunscritos por membranas falsas mas ó menos organizadas, tienen por lo regular una terminacion funesta. La muerte puede acontecer á causa del mayor ó menor enflaquecimiento, que sobreviene al individuo; prueba notable de la fatal influencia que ejerce en la nutricion y en la vida una flegmasia crónica poco estensa, y que no reside en ningun órgano importante. A *priori* parece que no deben resultar fenómenos graves de la coleccion de una mediana cantidad de pus en medio de falsas membranas formadas parcialmente en el peritóneo, hallándose intacto el resto de esta membrana, y no habiendo por otra parte órgano alguno afec-

to. Lo cierto es que aun cuando tal flegmasia baste para trastornar la circulacion, alterar la nutricion, y quitar al individuo su energía física y moral, rara vez acontece que por sí sola ocasione la muerte. Esta por lo regular no sobreviene sino cuando á consecuencia del enflaquecimiento, se establece otra nueva inflamacion, bien sea que la misma peritonitis, despues de haber permanecido por mucho tiempo parcial se haga de repente general; bien que se afecten de nuevo diferentes vísceras, y con especialidad los pulmones y el tubo digestivo; siendo notable la facilidad con que la flegmasia invade á estos dos órganos, y sobre todo al último, en el curso ó hácia la terminacion de toda enfermedad crónica. Con mas frecuencia acontece la muerte á consecuencia de semejantes complicaciones que de la misma enfermedad crónica.

El pus reunido en un punto de la escavacion de la pelvis se abre á veces paso al esterior, y entonces, ó bien puede verificarse la curacion, ó bien es igualmente funesto el término de la enfermedad, continuando la supuracion sin que cese la flegmasia.

Un hombre de edad media, que hacia muchos meses padecia una diarrea crónica, presentaba hácia la region iliaca izquierda un tumor dolorido á la presion, y cuya forma y límites se determinaban con dificultad, fuese á causa del dolor que producian tales investigaciones, fuese por el considerable edema, que existia en el tegido celular que le rodeaba. Al cabo de cierto tiempo se enrogeció la piel de encima del tumor, y en seguida se abrió espontáneamente, saliendo una gran cantidad de pus al través de la abertura. Tal acontecimiento se hubiera podido considerar como favorable, si al mismo tiempo no hubiesen disminuido mucho las fuerzas, haciéndose muy abundante la diarrea. Efectivamente murió el enfermo al poco tiempo.

La abertura del cadáver manifestó que el pus habia salido de un estenso saco formado en medio de falsas membranas engrosadas, cuya superficie, en contacto con el pus, era generalmente de un gris apizarrado, y en muchos puntos de un negro subido. Todos los órganos contenidos en la pelvis eran enteramente estraños á la coleccion purulenta que se habia formado en el peritóneo. En los intestinos gruesos se hallaron muchas úlceras rodeadas de una membrana mucosa muy gruesa, rugosa y negra. Toda la superficie interna del ciego constituia una sola y estensa úlcera. En los pulmones existian algunos tubérculos.

Una mujer tenia en el lado derecho de la region hipogástrica un tumor voluminoso, duro, desigual, y medianamente dolorido, que durante los tres

primeros meses de su permanencia en el hospital, permaneció estacionario. Al cabo de este tiempo arrojó la enferma por primera vez con las cámaras una gran cantidad de materia purulenta, que vió M. Tallon, discípulo interno en las salas de M. Lerminier. En los dias siguientes arrojó aun mas, luego cesó el flujo purulento, y mas adelante se manifestó de nuevo en distintas épocas. Desde el primer dia en que se presentó la evacuacion del pus, disminuyó el volúmen del tumor, que despues permaneció de nuevo estacionario. Hallándose mejor la enferma abandonó el hospital.

Es probable que las cámaras purulentas que tuvo esta mujer se hallasen relacionadas con el tumor hipogástrico, y que consistiesen en la materia contenida en él, que se habia fraguado paso al través del recto. En efecto nunca sale el pus por el ano en tan gran cantidad de una vez, cuando le segrega la membrana mucosa de los intestinos gruesos, y ademas no debe olvidarse que tal evacuacion de pus coincidió con una diminucion repentina del volúmen del tumor. Por lo demas solo pueden formarse congeturas acerca de la naturaleza de este último.

Por fin hay casos, en que el pus reunido en foco en un punto del peritóneo pelviano, puede reabsorverse, pasar á las venas, y eliminarse en seguida de la masa de la sangre, ora poco á poco é insensiblemente, ora constituyendo depósitos purulentos en los diferentes órganos. El siguiente hecho relativo á este punto nos parece curioso de cualquier modo que se quiera interpretar.

Murió en la Caridad una mujer poco despues de parir. El parto habia sido muy laborioso. Durante su permanencia en el hospital nos ofreció dos periodos en su estado: el primero fué caracterizado por dolores sordos en el hipogástrio, calentura continua con sudores todas las noches, y rápido enflaquecimiento: el segundo marcado por una postracion, que *se estableció gradualmente*, una alteracion repentina de las facciones, un medio delirio, y una copiosa diarrea. Este segundo periodo fué corto, sobreviniendo la muerte al poco tiempo.

Al abrir el cadaver se hallaron las siguientes lesiones: 1.° un estado de ingurgitacion y reblandecimiento muy marcado del tegido del útero; 2.° muchas colecciones purulentas al rededor de este órgano encerradas en celdas, cuyas paredes estaban constituidas por falsas membranas entrecruzadas en sentidos diferentes; 3.° un poco de serosidad ligeramente turbia derramada en el resto del peritóneo; 4.° una inyeccion viva de la terminacion del ileon, del ciego, y del principio del colon; y 5.° una lesion mas rara, acerca de la cual llamamos sobre todo la atencion en este momento: eran muy notables varias venas situadas en la escavacion de la pelvis por su estado de distension. Estaban llenas de sangre coagulada, con la cual se habia mezclado en forma de

gotas esparcidas un líquido blanquecino, que las personas presentes á la autopsia compararon con el pus. Las paredes mismas de dichos vasos no ofrecieron alteracion alguna apreciable. La sangre contenida en las venas ilíacas primitivas y cava inferior tenia el mismo aspecto. Nada semejante se halló en las cavidades derechas del corazon, ni en el resto del sistema circulatorio. Mas cortando el pulmon derecho, que al esterior parecia hallarse sano, se halló en tres puntos comprimido su parenquima por colecciones de pus, dos de las cuales tendrian el tamaño de una nuez, y otra el de una avellana. Al rededor de estos abscesos no ofrecia ninguna alteracion apreciable el parenquima pulmonar. En el hígado se encontró otro absceso, que como los del pulmon, existia sin lesion del parenquima en su circunferencia. Finalmente en el cerebro á la altura y parte esterna de uno de los tálamos ópticos, se vió otro foco de pus del tamaño de una avellana grande, al que no acompañaba ninguna inyeccion ni reblandecimiento del tegido cerebral inmediato.

Hemos tenido ocasion de observar otros hechos semejantes al precedente, con respecto á las colecciones purulentas halladas simultáneamente en diferentes órganos, sin vestigio de estado inflamatorio. Tales casos han acaecido sobre todo á consecuencia de grandes operaciones quirúrgicas, de partos laboriosos seguidos de metritis y de las supuraciones sostenidas por mucho tiempo. En el caso particular de que nos ocupamos, parece que el pus formado primitivamente en la escavacion de la pelvis, fue absorvido y conducido á las venas donde se halló, mezclándose íntimamente con la masa de la sangre en el corazon, donde no fue posible percibirle, y depositándose en seguida en el parenquima del pulmon, del hígado y del cerebro, del mismo modo que en los esperimentos practicados en animales vivos, se ve que muchas sustancias introducidas en el tejido celular se mezclan con la sangre en el torrente circulatorio, y se separan íntegras en la superficie ó en el parenquima de diferentes órganos (1).

---

(1) Hemos discutido esta cuestion, que acaba de abordar con gran sagacidad M. Velpeau (*Revue Medicale*, junio y julio de 1826) en una tesis acerca de las crisis sostenida en las oposiciones de agregacion en 1824, en nuestro curso de 1825 á 1826, y en el segundo volúmen de la *Clínica*. Si se recojen nuevos hechos, que tiendan definitivamente á resolverla de un modo afirmativo, será necesario agregar á los abscesos idiopáticos y por congestion los abscesos por traslacion metastática de pus á diferentes órganos, sin inflamacion preliminar de los mismos, y solo á beneficio de la circulacion. Tal vez no se halle demasiado remota la época en que vuelva á admitirse una idea de Dehaen, el cual admitia que en ciertas circunstancias puede formarse completamente el pus en la sangre, como se forma la urea en el estado

CAPITULO IV.

INFLAMACIONES PARCIALES DEL TEJIDO CELULAR SUB-PERITONEAL.

Siendo estas inflamaciones un complemento de las peritonitis parciales que acabamos de describir, nos parece conveniente hablar de ellas en la actualidad. En primer lugar los síntomas de la mayor parte de las afecciones del tejido celular sub-peritoneal se confunden con los de las enfermedades del mismo peritóneo; en segundo las investigaciones de Ribes y Gendrin tienden á probar, que con relacion á la testura hay muy poca diferencia entre el peritóneo, propiamente dicho, y el tejido celular subyacente, y que en este último se verifica gran número de fenómenos fisiológicos ó patológicos, cuyo asiento esclusivo se coloca ordinariamente en la lámina delgada llamada peritóneo.

XXXI.ª OBSERVACION.

Tumor desarrollado debajo del epiploon gastro-hepático, que á causa de su situacion y síntomas que produjo, pudo durante la vida creerse perteneciente al hígado y estómago. Ictericia.

Un albañil, de 71 años de edad, sufrió en el mes de julio de 1821 una caida sobre los lomos. Guardó cama por algunos dias, y luego volvió á sus ocupaciones ordinarias. En el mes de octubre del mismo año empezó á sentir en la parte derecha del epigastrio dolores poco intensos y pasageros, que se hicieron poco á poco mas fuertes y continuos. Al mismo tiempo perdió el apetito, y tenia eructos, vómitos de aguas ácidas, y constipacion; se le disminuyeron las fuerzas, enflaqueció, y vió desarrollarse gradualmente un tumor en el hipocondrio derecho.

---

fisiológico. Es bueno recordar á veces en las ciencias, y sobre todo en medicina, el pensamiento del poeta latino.

Multa renascentur, quæ jam cecidere, cadentque
Quæ nunc sunt in honore.....

(Nota de la primera edicion.)

El 25 de diciembre entrò el enfermo en la Caridad, presentando los sintomas que acaban de anunciarse. Al lado derecho del epigastrio existia un tumor, que ocupada unos cinco dedos por debajo del borde cartilaginoso de las costillas, y que era globuloso, inmóvil y muy dolorido à la presion; la cara tenia un tinte amarillo pagizo muy pronunciado; la lengua su aspecto natural; el pulso era duro, sin frecuencia, y la piel estaba seca y àrida. Los tres dias siguientes el mismo estado. (*Agua de ternera emulsionada, tisana de achicorias con veinticuatro granos de acetato de potasa, lavativas purgantes, cataplasmas emolientes al tumor, caldos y fideos.*)

El 28 de diciembre existia un tinte ictérico muy pronunciado en las conjuntivas y en toda la piel.

El 29 persistia la ictericia, y habia un ligero trastorno en la inteligencia; la cara se hallaba singularmente alterada, y el pulso muy debil. Los dos siguientes dias se aumentò considerablemente la postracion, se anonadò la inteligencia, se enfriaron las estremidades, cesò de latir el pulso, y murió el enfermo el dia 1 de enero.

ABERTURA DEL CADAVER.

Separadas las paredes abdominales, se percibió en la parte derecha del epigastrio un tumor, que tendria el tamaño de los dos puños reunidos, circunscrito hàcia abajo por la pequeña corvadura del estòmago, en relacion superiormente con el lóbulo izquierdo del hígado y el diafragma, y apoyando por detras en la aorta. Este tumor se adheria con fuerza à la cara posterior y borde diafragmàtico del estòmago, formaba una prominencia considerable en el interior del mismo órgano hàcia la porcion pilòrica; y sin embargo, las túnicas gàstricas no presentaban mas alteracion que un poco de rubicundez en el fondo de la mucosa. El referido tumor se hallaba formado por los tejidos escirroso y encefalòideo en estado de crudeza con depósito de materia tuberculosa en algunos puntos: no nos pareció bien demostrado que comprimiese por la parte posterior los conductos biliarios. La primera porcion del duodeno estaba sana, se veian en ella, segun costumbre, gran número de folículos mucosos muy aparentes, muchos de los cuales ofrecian un punto negro en su vértice; pero las otras dos porciones del mismo intestino tenian una rubicundez muy viva, pareciendo que las vàlvulas conniventes estaban teñidas de sangre. El orificio del conducto colidoco era notable por un tubérculo rojo, mas prominente que de costumbre. En las primeras circunvoluciones del yeyuno desaparecieron poco à poco los vestigios de inflamacion, y no se hallaban ya en el resto del tubo digestivo. El hígado pareció no estar alterado, y nada insòlito se encontró en los conductos biliarios. Tampoco habia cosa notable en los òrganos del abdomen, torax y cráneo.

Habiendo presentado este individuo durante la vida todos los signos racionales de una afeccion orgánica del estómago, era natural considerar al tumor como perteneciente á este órgano. Sin embargo, semejante diagnóstico, que parecia apoyado

en bases positivas, no era exacto. El estómago estaba sano, pero la compresion á que se hallaba sometido por el tumor desarrollado en sus inmediaciones, y la obliteracion de una parte de su cavidad por el mismo, esplican suficientemente los diversos síntomas de la gastritis crónica que presentó el enfermo. No creemos deber discutir con estension el orígen y naturaleza del tumor; recordamos tan solo en cuanto á su orígen que es muy posible que la caida sobre los lomos, es decir, una causa irritante, contribuyese á producirle; en cuanto á su naturaleza observaremos que se habia desarrollado en el tejido celular, y comparándole con otros, cuyo carácter hemos procurado profundizar en otro lugar, le consideramos como producto de una hipertrofia, de una induracion del tejido celular.

Con ninguna afeccion del hígado ni del encéfalo pudieron esplicarse los síntomas nuevos que aparecieron durante los últimos dias de la existencia del enfermo, la ictericia, los accidentes cerebrales y el estado de postracion en que cayó de repente; pero habia una notable inflamacion del duodeno, con entumecimiento de la mucosa al rededor del orificio del conducto escretor de la bilis.

XXXII.ª OBSERVACION.

Absceso al rededor del riñon. Atrofia de este. Muchos síntomas de nefritis crónica.

Una mujer, de 40 años de edad, esperimentaba hacia mucho tiempo un dolor sordo en la parte posterior del vacío derecho. Pasaria como un año sin desarreglarse en lo demas su salud; pero al cabo de este tiempo se trastornaron sus digestiones, sobrevinieron vómitos de cuando en cuando, y el dolor se hizo mas vivo, presentándose todas las tardes movimiento febril. Cuando entró en la Caridad, diez y ocho meses despues de manifestarse el dolor renal, se hallaba en un estado muy adelantado de marasmo, el pulso era habitualmente frecuente, y habia sudores todas las noches; el único decúbito posible era sobre el lado izquierdo. La causa de tales síntomas parecia residir un una lesion del riñon derecho, anunciada: 1.° por el dolor antiguo que residia en el vacío derecho: 2.° por una notable tumefaccion en la parte posterior del mismo vacío, que estaba muy dolorido á la mas ligera presion: y 3.° por el carácter de las orinas que eran muy encendidas, y deponian un sedimento blanquecino. Se practicaron sin ventaja alguna *muchas aplicaciones de sanguijuelas*. Se hizo cada vez mas considerable el estado edematoso de la region renal derecha, se infiltró el miembro abdominal del mismo lado, se estableció una copiosa diarrea, y murió la enferma despues de permanecer mas de cuatro meses en el hospital.

ABERTURA DEL CADAVER.

Un tumor voluminoso, que ocupaba el sitio del riñon, empujaba é inclinaba el colon ascendente hácia la línea media. Apenas le penetró algunas líneas el escalpelo salió un pus blanco amarillento muy copioso, que estaba contenido en un saco limitado en la parte anterior por el peritóneo, que pasaba delante de èl, y se hallaba como elevado. Por detràs se habia destruido la hoja aponeurótica, en que se apoya el riñon, é infiltràdose el pus en los músculos hasta cerca de la piel de los lomos. Hàcia arriba separaba el pus del higado un tegido celular duro y denso, y por abajo el mismo tegido le impedia estenderse por la fosa iliaca. En medio de este saco purulento no se hallaba mas vestigio de riñon que un cuerpo que tendria la cuarta parte de volúmen ordinario de la glàndula, pero que por lo demas presentaba la forma y estructura de la misma, y del cual nacia el ureter. El otro riñon estaba sano. La superficie interna de la vejiga ofrecia un color apizarrado y un aspecto rugoso. La membrana mucosa del colon se hallaba blanda, como pulposa, pero no enrojecida. El fondo del estòmago era notable por la estremada delgadez de sus paredes, que en muchos puntos parecian realmente formadas solo por el peritòneo.

Las lesiones halladas en este sugeto esplican perfectamente los síntomas observados durante la vida. Llamaremos la atencion acerca de la atrofía del riñon, que pareció verificarse al mismo tiempo que el tegido celular que le rodeaba, presentó una accion morbosa mas activa. Parece pues que en este caso hizo falta al riñon la nutricion escesiva del tegido celular.

XXXIII.ª OBSERVACION.

Absceso en el músculo psoas con destruccion del periostio de las vértebras que estaban en contacto con el pus. Ascitis.

Un revocador, de 45 años de edad, se habia sujetado muchas veces en la Caridad al tratamiento del cólico saturnino. La última vez que entró en el hospital se quejaba tambien de dolores abdominales, que referia como los precedentes á las preparaciones del plomo; mas pronto nos convencimos de que reconocian otra causa. He aquí en efecto lo que comprobamos: cuatro meses antes de entrar en la Caridad habia sentido en la region lumbar, sobre todo en el lado izquierdo, un dolor profundo que no se aumentaba por la presion, pero sí por el acto de andar y por los diversos movimientos del tronco; durante los tres primeros meses continuò, aunque con trabajo, sus ocupaciones ordinarias; mas despues se estendió el dolor lumbar al abdomen, se hizo imposible la progresion, y empezó á entumecerse el abdomen. Cuando vimos al enfermo tenia una ascitis indudable, y ademas estaban infiltrados los dos miembros abdominales, del mismo modo que el escroto; la cara se ha-

llaba pàlida y muy adelgazada, asi como los miembros torácicos; el pulso estaba frecuente y la piel caliente; el muslo izquierdo permanecia inmovil y en semiflexion; cuando el enfermo trataba de egecutar con él algun movimiento, se aumentaba mucho la intensidad de los dolores que sentia en el abdomen y en la region lumbar del mismo lado, y al contrario podia ser elevado por mano agena sin que se aumentasen los dolores. El paciente sudaba mucho todas las noches, y tosia desde largo tiempo antes, arrojando esputos verdosos y opacos. (*Vejigatorios à las piernas; fricciones y bebidas diuréticas*). Permaneció tres meses en el hospital, sin que cambiase su estado de un modo sensible; en seguida se formó en el sacro una dilatada escara, cuyos progresos no pudieron suspenderse; apareció en uno de los muslos una estensa erisipela, y desde entonces cayó ràpidamente el enfermo en un estado adinâmico, no tardando en sucumbir. Durante la última época de su existencia tuvo una espectoracion semejante à la que observamos con frecuencia en la Caridad en los tísicos: copos agrisados suspendidos en medio de un líquido semejante al agua gomada (esputos coposos).

ABERTURA DEL CADAVER.

En la cavidad peritoneal habia gran cantidad de serosidad transparente: nada indicaba, anatómicamente hablando, que semejante ascitis hubiese sucedido à una peritonitis. En la parte inferior y esterior de la lámina del peritóneo, que se relleja desde los riñones sobre el lado izquierdo de la columna vertebral para formar una de los hojas del mesenterio, existia una enorme coleccion de pus, que ocupaba el sitio del músculo psoas, reducido à algunas fibras esparcidas y terminadas inferiormente en el tendon que se conservaba intacto. El pus tocaba inmediatamente al cuerpo de las vértebras que estaba rugoso y despojado del periostio. Tambien se halló pus por debajo del arco crural, existiendo en gran cantidad entre los músculos de la parte interna del muslo hasta cerca de su tercio superior.

La membrana mucosa del estómago era de un gris apizarrado, y el resto del tubo digestivo ligeramente inyectado en algunos puntos, estaba sano en lo demas. Los bronquios se hallaron enrojecidos, el parenquima pulmonar ingurgitado y sin tubérculos. Persistia la rubicundez erisipelatosa de la piel del muslo, y la úlcera gangrenosa de la del sacro habia puesto al descubierto una parte del hueso.

Esta observacion ofrece un ejemplo de la enfermedad, que hace muchos años se ha descrito con el nombre de psoitis. En el caso que nos ocupa, nos parece á lo menos muy dudoso que empezase por una afeccion del mismo músculo. Con efecto, casi nunca se vé terminar por supuracion un simple reumatismo muscular; la que en la presente observacion se halló en la parte lateral izquierda del raquis, creemos que tuvo mas bien su orígen en una inflamacion establecida de un modo lento en el tejido celular sub-peritoneal é intermuscular de esta par-

te. Por mucho tiempo no se anunció con mas síntomas que un dolor lumbar, del mismo modo que en la historia antes citada hemos visto que un dolor en el vacío derecho fué el único signo que por largo tiempo indicó la formacion de un absceso al rededor del riñon. La destruccion del músculo psoas, en medio del cual existia el pus, fué consecutiva á la flegmasia del tejido celular; sus fibras desaparecieron poco á poco como el periostio del cuerpo de las vértebras. En igual estado se encuentran los músculos en gran número de flemones antiguos de los miembros. La inmovilidad del muslo del lado afecto, y un estremado dolor ocasionado por toda contraccion muscular que tienda á imprimirle movimientos, se han designado como síntomas de la psoitis, y estos fenómenos eran muy marcados en nuestro enfermo. La ascitis, la infiltracion del escroto y de los miembros abdominales fueron consecutivos al absceso sub-peritoneal. ¿Dependian de él? A lo menos no se halló ninguna otra causa á que poderlos atribuir.

En otro punto hemos dicho la importancia que debe darse á los caracteres de los esputos, para diagnosticar la existencia de los tubérculos pulmonares. Aquí se observaron por muchos dias esputos coposos, que consideran no pocos como característicos de la tísis, y sin embargo solo habia bronquitis crónica. Esta existia hacia mucho tiempo, á pesar de lo cual no se habia desarrollado ningun tubérculo en el pulmon: no habia, pues, disposicion á la secrecion tuberculosa, y asi lo confirma la naturaleza del pus formado debajo del peritóneo lumbar, que era cremoso, homogéneo, y no separado en grumos, y mas ó menos seroso, como el que se halla por lo regular en los individuos predispuestos á los tubérculos; prueba de que la accion local, que produce los tubérculos, es dependiente de una disposicion general de los sólidos y fluidos, que se manifiesta por medio de modificaciones notables en la nutricion y en las secreciones.

XXXIV.ª OBSERVACION.

Tumor de paredes cartilaginosas, que contenia una materia grasienta y pelos, desarrollado entre las láminas del mesenterio.

Entró en la Caridad una negra de 59 años de edad en un estado de marasmo y de estremada debilidad. No pudo obtenerse de ella dato alguno acerca de los accidentes que habia esperimentado hasta entonces. El tacto daba á reconocer por debajo del ombligo un tumor redondeado y movible, que se prolongaba hácia el hipogastrio, y que por su forma y situacion se parecia bastante al útero aumentado de volúmen. Esta mujer murió á los dos dias de su entrada.

ABERTURA DEL CADAVER.

Un tumor del grueso de la cabeza de un niño de término, y de forma ovoidea irregular, formaba prominencia entre las láminas del mesenterio, y de consiguiente à la parte esterior del peritóneo, por delante de las vértebras lumbares. Su cubierta era cartilaginosa, necesitándose emplear un escalpelo muy fuerte para penetrar en él. Este tumor se hallaba completamente ocupado por una materia de un blanco amarillento, que con nada podia compararse mejor que con èl sebo, y en medio de la cual estaban esparcidos gran número de pelos libres por sus dos estremidades, que no presentaban ni dilatacion ni bulbo. Ademas de los pelos aislados se encontrò en medio de la materia sebàcea un peloton de pelos mezclados entre sì, y formando nudos inestricables, cuyo peloton tendria el tamaño de dos nueces reunidas.

FIN DEL TOMO IV.

INDICE

de las

MATERIAS CONTENIDAS EN ESTE TOMO.

Pág.

Observaciones acerca de las enfermedades del abdomen. . . 7

LIBRO PRIMERO [*Continuacion*].

Enfermedades del tubo digestivo. . . . . . *id.*

SECCION SEGUNDA.

Enfermedades del tubo digestivo, en las que únicamente predominan los síntomas locales. . . . . . *id.*
CAPITULO I. *Observaciones acerca de la gastritis aguda.* 9
CAP. II. *Observaciones de la gastritis crónica.* 25
ARTICULO I. *Alteraciones producidas en el estómago por la gastritis crónica.* 27
§. I. *Alteraciones de la membrana mucosa.* . . . . . *id.*
§. II. *Alteraciones de los tejidos subyacentes á la membrana mucosa.* 51
ART. II. *Síntomas de la gastritis crónica* 89
ART. III. *Tratamiento de la gastritis crónica.* 106
CAP. III. *Observaciones acerca de algunas afecciones del estómago, que no consisten en un estado inflamatorio de este órgano.* 109
CAP. IV. *Observaciones acerca del cólico de plomo y de algunas otras enfermedades, que se le asemejan por los síntomas y el tratamiento que les conviene.* 134
ARTICULO I. *Estado del tubo digestivo en los individuos muertos durante el padecimiento del cólico de plomo.* 135
ART. II. *Síntomas del cólico de plomo.* 147
ART. III. *Tratamiento de los accidentes causados por las preparaciones del plomo.* 152

A. Uso de la estricnina 155
B. Uso de la brucina 157
ART. IV. *Naturaleza del cólico de plomo* 159
ART. V. *Observaciones acerca de algunos estados morbosos, que por sus síntomas y tratamiento tienen mas ó menos analogía con los accidentes producidos por las preparaciones del plomo* . . . . . *id.*

LIBRO SEGUNDO.

Enfermedades del hígado y sus anejos 163

SECCION PRIMERA.

Enfermedades del parenquima del hígado 164
CAPITULO I. *Lesiones encontradas en el hígado despues de la muerte* . . . . . *id.*
CAP. II. *Síntomas de las enfermedades del hígado* 175
ARTICULO I. *Síntomas locales de las enfermedades del hígado* . . . . . *id.*
ART. II. *Síntomas generales ó desórdenes presentados por las funciones de diferentes aparatos en las enfermedades del hígado* 198
§. I. *Trastornos de la digestion* 199
§. II. *Trastornos de la circulacion* 207
A. Trastornos simpáticos de la circulacion . . . . . *id.*
B. Trastornos de la circulacion, determinados por un obstáculo al libre curso de la sangre en el interior del hígado 214
§. III. *Trastornos de las secreciones y de la nutricion* . . 219
CAP. III. *Observaciones particulares* 222
ARTICULO I. *Observaciones relativas á las congestiones sanguíneas del hígado* . . . . . *id.*
ART. II. *Observaciones relativas á las alteraciones de nutricion del parenquima del hígado* 240
§. I. *Observaciones acerca de la hipertrofia del hígado* . . 241
§. II. *Observaciones acerca del reblandecimiento del hígado* 246
§. III. *Observaciones acerca de la induracion del hígado.* 256
§. IV. *Alteracion de nutricion del hígado con diminucion de su volúmen (atrofia)* 275
ART. III. *Observaciones relativas á las producciones accidentales desarrolladas en el hígado* 283
§. I. *Observaciones acerca de los abscesos del hígado* . . . 284

§. II. *Observaciones acerca del cáncer del hígado.* 311
§. III. *Observaciones acerca de las hidatides del hígado.* 332

SECCION SEGUNDA.

Enfermedades de los conductos escretores de la bilis. . . . 340

LIBRO TERCERO.

Observaciones acerca de la peritonitis 359

SECCION PRIMERA.

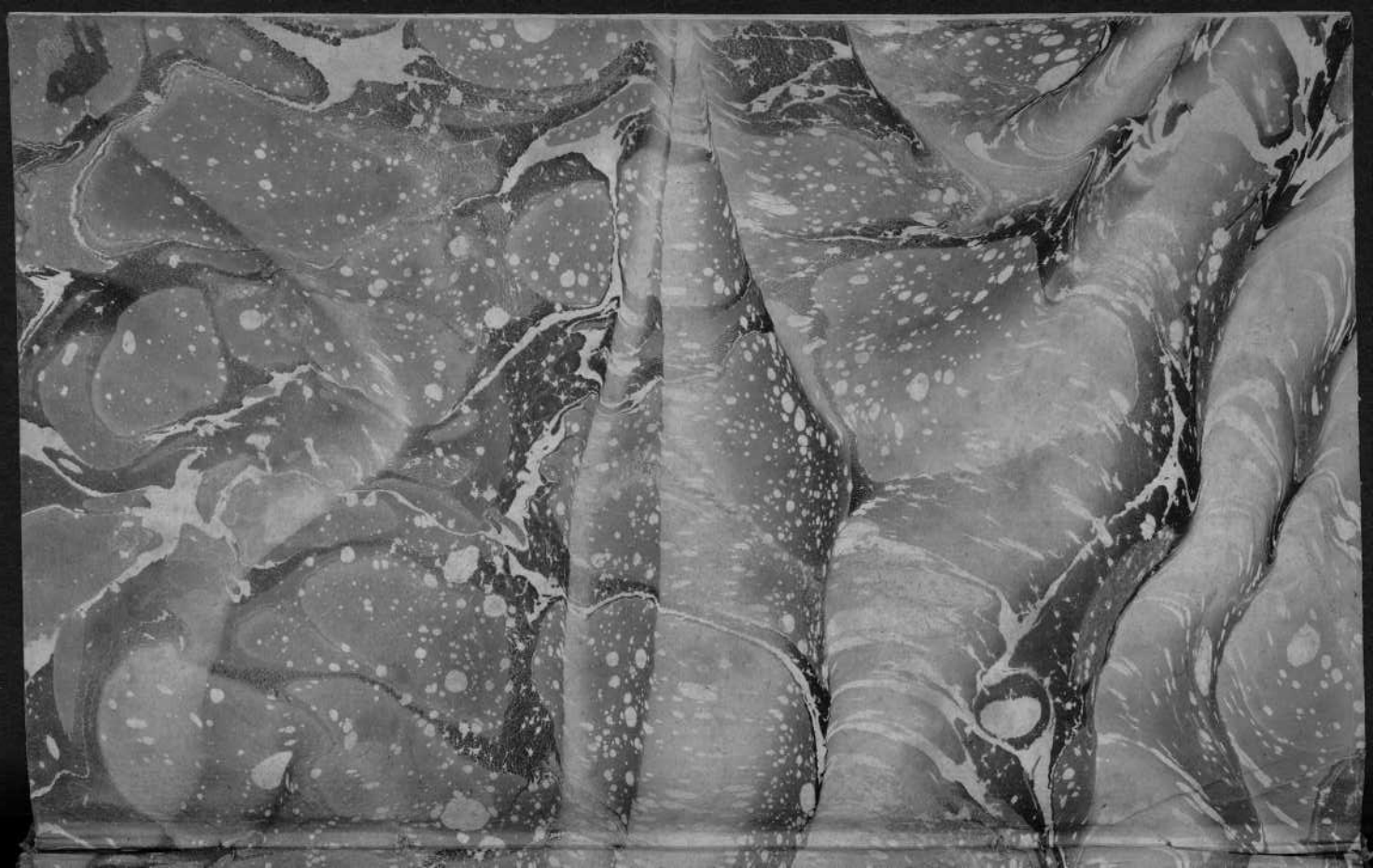
Peritonitis aguda. . . . . . *id.*
CAPITULO I. *Peritonitis agudas terminadas por la muerte.* 360
CAP. II. *Peritonitis agudas curadas.* 389

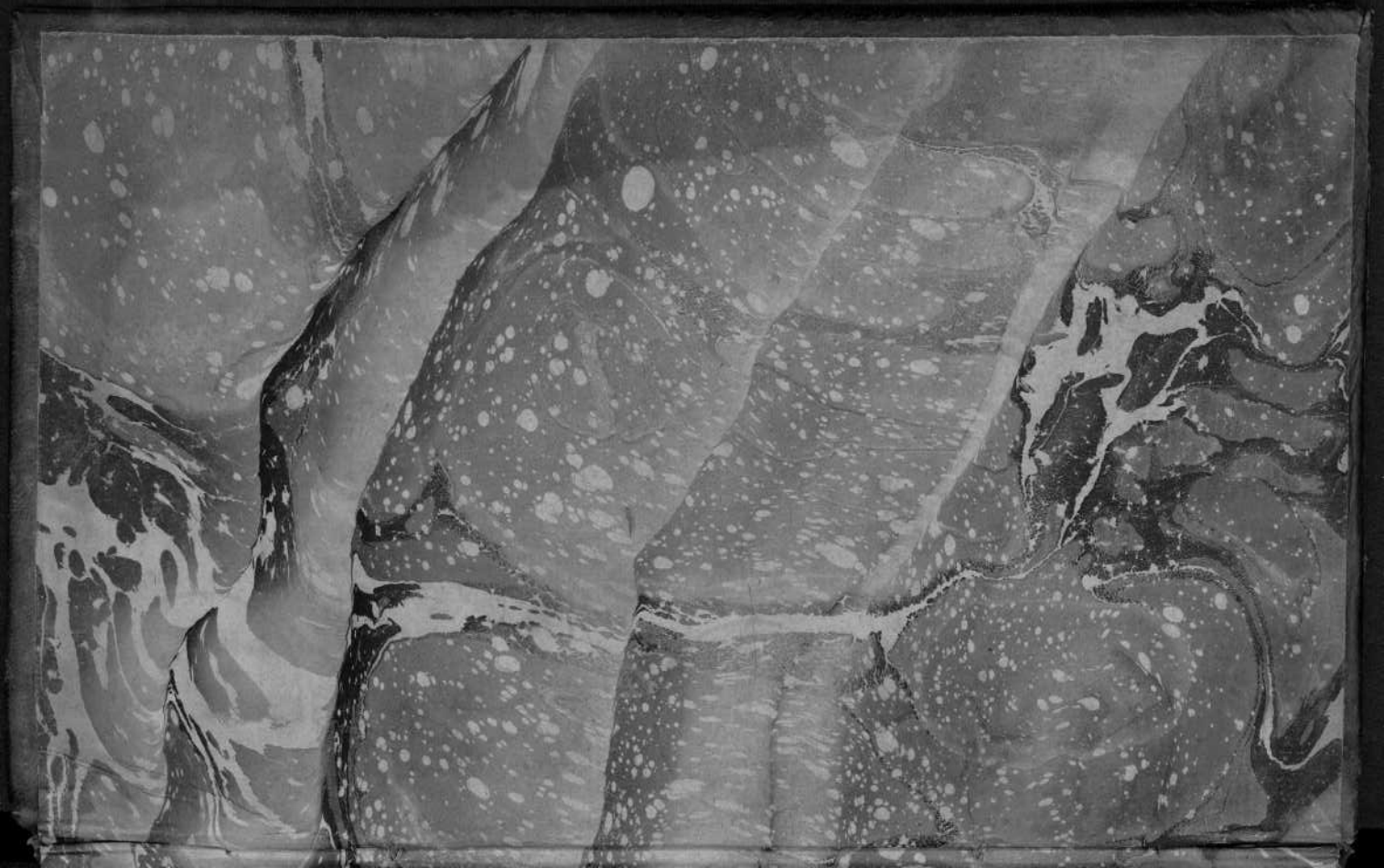
SECCION SEGUNDA.

Peritonitis crónicas. 401
CAPITULO I. *Peritonitis crónicas, agudas en su principio* 403
CAP. II. *Peritonitis crónicas desde su principio.* 413

SECCION TERCERA.

Peritonitis parciales. 424
CAPITULO I. *Epiploitis.* 426
CAP. II. *Inflamacion parcial del peritóneo de los vacíos, y de los hipocondrios.* 435
CAP. III. *Inflamacion parcial del peritóneo de la escavacion de la pelvis.* 442
CAP. IV. *Inflamaciones parciales del tejido celular subperitoneal.* 449





BIBLIOTECA
DE
MEDICINA
4

CLINICA
MEDICA

16.781