A. Robin

TRATADO
DE
TERAPÉUTICA
APLICADA

1
16170

93/27

TRATADO

DE

TERAPÉUTICA

APLICADA

DIPUTACION PROVINCIAL BURGOS


ESTABLECIMIENTO EDITORIAL
BARCELONA

R-6917

TRATADO

DE

TERAPÉUTICA

APLICADA

PUBLICADO BAJO LA DIRECCIÓN

DE

Alberto Robin

MIEMBRO DE LA ACADEMIA DE MEDICINA DE PARÍS

CON LA COLABORACIÓN

DE LOS MÁS EMINENTES MÉDICOS FRANCESES

TRADUCCIÓN AL ESPAÑOL

POR

J. Corominas y Sabater

Correspondiente de la Real Academia de Medicina de Barcelona

Y

OTROS DISTINGUIDOS PROFESORES

TOMO V

TRATAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES DEL APARATO DIGESTIVO Y SUS ANEXOS

DIPUTACION PROVINCIAL BURGOS

BARCELONA

JOSÉ ESPASA, EDITOR

221, CALLE DE LAS CORTES, 221

Es propiedad

Tipografía de José Espasa, calle de las Cortes, 221.—Barcelona

LISTA DE COLABORADORES

Achard, agregado de la Facultad de París, médico de los hospitales.
Arnozan, catedrático de la Facultad de Burdeos.
Aubert, médico de los hospitales de Lion.
Audry, médico de los hospitales de Lion.
Ballet, agregado de la Facultad de París, médico del hospital Saint-Antoine.
Balzer, médico del hospital Ricord.
Barbe, jefe del laboratorio de dermatología del hospital Saint-Antoine.
Bardet, redactor jefe del *Bulletin de Thérapeutique*.
Barié, médico del hospital Tenon.
Barth, médico del hospital Broussais.
Baumel, agregado de la Facultad de Montpellier.
Bergé, ex-interno de los hospitales de París.
Besnier, miembro de la Academia de Medicina de París, médico honorario del hospital Saint-Louis.
Blanchard, miembro de la Academia de Medicina de París, profesor de la Facultad de París.
Blin, médico del hospicio de Vaucluse.
Boinet, médico de los hospitales, agregado de las Facultades, profesor de la Escuela de Marsella.
Boissard, comadrón del hospital Tenon.
Bouilly, agregado de la Facultad de París, cirujano del hospital Cochin.
Bourcy, médico del hospital Tenon.
Brault, médico del hospital Tenon.
Brissaud, agregado de la Facultad de París, médico del hospital Saint-Antoine.
Brocq, médico del hospital Broca.
Brousse, agregado de la Facultad de Montpellier.
Bucquoy, miembro de la Academia de Medicina de París, médico honorario del Hôtel-Dieu.
Budin, miembro de la Academia de Medicina de París, comadrón de la Maternidad.
Calmette, director del Instituto Pasteur de Lille.
Capitan, médico consultor de la Pitié.
Catrin, agregado del Val-de-Grâce.
Chandelux, agregado de la Facultad de Lion.
Charpentier, miembro de la Academia de Medicina, agregado de la Facultad de París.
Chaslin, médico del hospital de Bicêtre.
Chauffard, agregado de la Facultad de París, médico del hospital Cochin.
Chevallereau, médico de la Clínica de los Quinze-Vingts.
Comby, médico del hospital Trousseau.
Dalché, médico de los hospitales de París.
Dreyfus-Brisac, médico del hospital Laribosière.
Dubreuilh, agregado de la Facultad de Burdeos, médico de los hospitales.
Ducamp, agregado de la Facultad de Montpellier.
Du Castel, médico del hospital Saint-Louis.
Estor, profesor de la Facultad de Montpellier.
Etienne, agregado de la Facultad de Nancy.
Faisans, médico del hospital de la Pitié.
Féré, médico del hospital de Bicêtre.
Fournier, miembro de la Academia de Medicina, catedrático de la Facultad de París.
Galliard, médico del hospital Tenon.
Garel, médico de los hospitales de Lion.
Gaucher, agregado de la Facultad de París, médico del hospital Saint-Antoine.
Gellé, miembro de la Sociedad de Biología.
G. de la Tourette, agregado de la Facultad de París, médico del hospital Hérold.
Giraudeau, médico de Sainte-Périne.
Gouguenheim, médico del hospital Laribosière.
Grasset, catedrático de la Facultad de Montpellier.
Hallopeau, miembro de la Academia de Medicina, médico del hospital Saint-Louis.
Haushalter, agregado de la Facultad de Nancy.
Hirtz, médico del hospital Laënnec.
Huchard, médico del hospital Necker.
Huet, jefe del laboratorio de electroterapia en la clínica de la Salpêtrière.
Hugenschmidt, médico de la Facultad de París.
Hutinel, catedrático de la Facultad de París, médico de los Enfants-Assistés.
Janet, agregado de la Facultad de letras de París, doctor en medicina.
Joffroy, profesor de la Facultad de París, médico de Sainte-Anne.
Josias, médico del hospital Trousseau.
Kalt, médico de la clínica de los Quinze-Vingts.
Kelsch, miembro de la Academia de Medicina, director de la Escuela de Sanidad militar de Lion.

Labadie-Lagrave, médico del hospital de la Charité.
Laborde, miembro de la Academia de Medicina de París.
Lancereaux, miembro de la Academia de Medicina de París y médico del Hôtel-Dieu.
Lannois, agregado de la Facultad de Medicina de Lion, médico de los hospitales.
Laveran, miembro de la Academia de Medicina de París.
Leloir, catedrático de la Facultad de Lille.
Lemoine, catedrático de la Facultad de Lille.
Leredde, ex-interno de los hospitales de París.
Lermoyez, médico del hospital Saint-Antoine.
Londe, ex-interno de los hospitales de París.
Lubet-Barbon, ex-interno de los hospitales de París
Lyonnet, médico de los hospitales de Lion.
Magnan, miembro de la Academia de Medicina de París, médico del asilo Sainte-Anne.
Mairet, decano de la Facultad de Montpellier.
Manquat, agregado del Val-de-Grâce.
Marie, agregado de la Facultad de París, médico del hospicio de Bicêtre.
H. Martin, médico del hospital Tenon.
Mathieu, médico del hospital Andral.
Méniere, médico de la Institución de los Sordomudos.
Merklen, médico del hospital Laënnec.
Mossé, profesor de la Facultad de Tolosa.
Muselier, médico del hospital Lariboisière.
Netter, agregado de la Facultad de París, médico del hospital Trousseau.
Œttinger, médico municipal de la Casa de salud.
Panas, miembro de la Academia de Medicina de París, profesor de la Facultad de París.
Parinaud, ex-interno de los hospitales de París.
Pécharman, médico de los asilos de la Seine.
Peyrot, agregado de la Facultad de París, cirujano del hospital Lariboisière.
Pitres, decano de la Facultad de Burdeos.
Pozzi, miembro de la Academia de Medicina de París, cirujano del hospital Broca.
Rauzier, agregado de la Facultad de Montpellier.
Rémond, agregado de la Facultad de Tolosa.
Renaut, catedrático de la Facultad de Lion.
Rendu, agregado de la Facultad de París, médico del hospital Necker.
Richardiere, médico del hospital Trousseau.
Ritti, médico del asilo de Charenton.
Sabouraud, jefe del laboratorio de la clínica del hospital Saint-Louis.
Sarda, agregado de la Facultad de Montpellier.
Schmitt, catedrático de la Facultad de Nancy.
Segond, agregado de la Facultad de París, cirujano de la Salpêtrière.
Sérieux, médico de los asilos de alienados de la Seine.
Siredey, médico del hospital Saint-Antoine.
Sollier, ex-jefe de clínica de las enfermedades mentales en la Facultad de París.
Spillmann, catedrático de la Facultad de Nancy.
Springer, jefe de laboratorio de la clínica médica de la Charité.
Straus, miembro de la Academia de Medicina, catedrático de la Facultad de París.
Talamon, médico del hospital Tenon.
Tapret, médico del hospital Saint-Antoine.
Teissier, catedrático de la Facultad de Lion.
Thévenet, ayudante de clínicas de la Facultad de Lion.
Troisier, agregado de la Facultad de París, médico del hospital Beaujon.
Valude, médico de la Clínica de los Quinze-Vingts.
Verchere, cirujano de Saint-Lazare.
Vinay, médico de los hospitales de Lion.
Weber, antiguo interno de los hospitales de París.
Weill, agregado de la Facultad de Lion.

Colaboradores del tomo quinto

P. SPILLMANN
Profesor de la Facultad de Nancy

J. SCHMITT
Profesor de la Facultad de Nancy

J. BUCQUOY
Miembro
de la Academia de Medicina

A. HUGENSCHMIDT
De París

J. COMBY
Médico
del hospital de Enfants-Malades

A. SIREDEY
Médico del hospital de Saint-Antoine

ALBERTO MATHIEU
Médico del hospital Andral

A. CHAUFFARD
Profesor agregado
de la Facultad de París

A. MOSSÉ
Profesor de la Facultad de Tolosa

V. THEVENET
Ayudante de clínica de la Facultad
de Lyon

A. GOUGUENHEIM
Médico del hospital Lariboisière

A. JOSIAS
Médico del hospital Trousseau

G. LEMOINE
Profesor de la Facultad de Lille

A. REMOND (de Metz)
Profesor de la Facultad
de Tolosa

A. KELSCH
Médico inspector de la armada,
Miembro
de la Academia de Medicina

P. HAUSHALTER
Profesor agregado
de la Facultad de Nancy

CH. TALAMON
Médico del hospital Tenon

C. GIRAUDEAU
Médico del hospital Tenon

CH. ACHARD
Profesor agregado
de la Facultad de París

ALBERTO ROBIN
Miembro
de la Academia de Medicina

P. MUSELIER
Médico del hospital Lariboisière

G. ÉTIENNE
Profesor agregado
de la Facultad de Nancy

V. HUTINEL
Profesor de la Facultad de París

F. VERCHERE
Cirujano de Saint-Lazare

H. RICHARDIERE
Médico del hospital Trousseau

J. TEISSIER
Profesor de la Facultad de Lyon

E. BOINET
Profesor
de la Escuela de Marsella

E. WEILL
Encargado de la clínica
de enfermedades de los niños en la
Facultad de Lyon

TRATAMIENTO

DE LAS

ENFERMEDADES DEL APARATO DIGESTIVO

Y DE SUS ANEXOS

CAPÍTULO PRIMERO

NOCIONES PATOLÓGICAS É INDICACIONES TERAPÉUTICAS GENERALES

sobre las

ENFERMEDADES DEL APARATO DIGESTIVO

POR

P. SPILLMANN

Profesor de la Facultad de Nancy, Correspondiente de la Academia de Medicina de París

TRADUCCIÓN DE J. COROMINAS Y SABATER

I

Consideraciones generales

Estamos ya lejos de aquellos tiempos en que se decía que el régimen era suficiente para curar la mayor parte de las enfermedades del tubo digestivo y el médico se limitaba á aconsejar á los enfermos del estómago comer lo que, según observación propia, les sentaba mejor, y á los que tenían buen apetito lo que mejor les conviniese.

El estudio del quimismo gástrico, los trabajos recientes sobre los procesos químicos de la digestión normal y patológica, han permitido hacer alguna luz sobre la cuestión de las dispepsias, y han modificado profundamente el tratamiento puramente empírico de las afecciones gastro-intestinales.

Por otra parte, los incesantes progresos de la cirugía han abierto, para el tratamiento de lesiones consideradas hasta ahora incurables, horizontes absolutamente nuevos.

El clínico considera las diferentes transformaciones que sufren los alimentos en el tubo digestivo desde un punto de vista diferente que el fisiólogo y el químico. Estos últimos estudian en el hombre sano la acción de la saliva, la del jugo gástrico y la de las secreciones intestinales. El clínico se ocupa más especialmente de las alteraciones patológicas de las diferentes secreciones glandulares del aparato digestivo y trata de aplicar á la cabecera del enfermo todos los descubrimientos de la fisiología.

El trabajo digestivo empieza por la masticación, la cual tiene por objeto reducir los alimentos á finas partículas y sobre todo mezclarlos con la saliva; la acción de ésta continúa todavía dentro del estómago.

Una mala dentición, fenómenos de putrefacción desarrollados en la cavidad bucal, ó tal vez lesiones de las glándulas salivales, pueden alterar más ó menos profundamente la digestión; las investigaciones de Miller no dejan sobre el particular la menor duda.

Se sabe que, bajo la influencia de la diastasa salival, el almidón se transforma en maltosa y en azúcar de uva. Además, la insalivación de los alimentos parece activar la digestión.

La fisiología y la observación clínica han transformado por completo nuestros conocimientos relativos al papel que desempeña el estómago en las funciones de la digestión; parece en efecto resultar de los más recientes estudios, que del trabajo de la digestión y de la absorción está principalmente encargado el intestino, siendo en realidad la digestión gástrica un acto simplemente preparatorio.

La secreción clorhidro-péptica del estómago tiene por objeto destruir las bacterias y disolver la albúmina, con lo cual la potencia bactericida del jugo gástrico libra al estómago de los gérmenes patógenos procedentes del exterior.

La acción del jugo gástrico sobre la albúmina (transformación en sintonina, albuminosa, peptonas) es mucho menor que la del jugo pancreático.

Respecto de las demás funciones del jugo gástrico, no son todavía suficientemente conocidas.

La mucosa gástrica está encargada de absorber las substancias líquidas como el agua, las soluciones alcalinas, las azucaradas, etc.; pero esta absorción se efectúa principalmente en el intestino.

Por lo demás, el estómago tiene paredes musculares destinadas á triturar mecánicamente los alimentos introducidos y á transportarlos al intestino en estado de disolución; puede desempeñar igualmente un papel protector librando al organismo, mediante el vómito, de substancias

anormales ingresadas, pero se sabe también que las paredes desempeñan un papel muy accesorio en el acto del vómito.

Llegados al intestino, los alimentos sufren la acción del jugo intestinal, de la bilis y del jugo pancreático.

De este modo la albúmina resulta transformada en peptona y el almidón en azúcar; las substancias grasas son emulsionadas y transformadas en ácidos grasos y en glicerina.

En el intestino grueso se encuentran bacterias que obran sobre las materias albuminoideas y las hidrocarbonadas: de este modo se forman fenoles, indol, amoníaco, ácido sulfhídrico, ácidos grasos, ácido carbónico, etc.

La absorción de las substancias alimenticias se efectúa tanto en el intestino delgado como en el grueso, ya por difusión, ya por la acción del epitelio y de las células linfáticas.

El contenido del intestino, empujado por el peristaltismo intestinal, llega á las tres horas hasta la válvula de Bauhin, tardando en recorrer el intestino grueso de diez á veinte horas.

La expulsión de las materias no digeridas (bolo fecal) se efectúa gracias á las contracciones de la porción terminal del intestino grueso, auxiliadas por las que efectúan las paredes abdominales.

II

Nociones de etiología general

Su aplicación á la terapéutica

Las diferentes funciones del tubo digestivo pueden alterarse hasta el infinito; estas modificaciones de las funciones fisiológicas desempeñan un importantísimo papel en la etiología general de las enfermedades del estómago y del intestino.

La *propulsión mecánica* del bolo alimenticio puede hallar obstáculo en una estrechez del conducto (neoplasmas, cicatrices, invaginación, hernia, etc.) y en alteraciones de la pared muscular (parálisis, dilatación, atrofia, etc.).

Las alteraciones anatómicas de la mucosa pueden aumentar ó disminuir las secreciones, activar las fermentaciones, alterar ó dificultar la absorción (afecciones catarrales del estómago, del intestino delgado, del intestino grueso), y ocasionar hasta la muerte (perforación por úlcera).

Las alteraciones del contenido pueden lesionar directamente á la

mucosa (cáusticos), alterar la acción de los músculos por influencia nerviosa (purgantes, agentes tóxicos), favorecer las fermentaciones (transgresiones del régimen). También pueden penetrar en el tubo digestivo agentes patógenos y provocar no sólo síntomas locales sino también accidentes generales.

Por último, casos hay en que el examen tanto químico como histológico no permite descubrir las condiciones etiológicas que dan origen á trastornos profundos de las funciones de nutrición. En tales casos se invoca la influencia, á menudo real, del sistema nervioso.

Leyendo todos los trabajos recientemente acumulados sobre el quimismo gástrico, podría creerse que conociendo mejor las causas de las enfermedades del estómago, ha debido edificarse una terapéutica nueva sobre los restos de la antigua, y que á los trastornos tan bien estudiados de las funciones mecánicas de secreción, de fermentación y de absorción, ha debido oponerse una medicación especial.

Desgraciadamente nada de esto hay.

Por esto conservaremos la antigua división en terapéutica profiláctica y terapéutica curativa, comprendiendo los medios químicos (régimen, medicamentos) y físicos (medicación térmica, mecánica, eléctrica, etc.).

III

Tratamiento profiláctico

Las diferentes partes del tubo digestivo pueden verse atacadas directamente por un traumatismo, y además pueden penetrar en sus cavidades agentes perniciosos.

A. — CAUSAS ETIOLÓGICAS EXTERNAS QUE OBRAN DIRECTAMENTE

Los traumatismos que afectan directamente el vientre pueden interesar el estómago ó el intestino; hanse visto casos de úlcera simple del estómago originada por una contusión en la región epigástrica. Esfuerzos repetidos ó violentos, caídas y hasta el mismo baile, pueden provocar la nefroptosis que trae por consecuencia la enteroptosis.

En las mujeres, el corsé y las diferentes ataduras con que sujetan sus vestidos en la cintura, pueden modificar la posición de los diferentes órganos y las relaciones recíprocas de las distintas vísceras.

Sucede á menudo que las ptosis de estos órganos (estómago, intestino grueso, hígado, riñones) no tienen otro origen. La constricción exage-

rada del corsé da también por resultado el enflaquecimiento, la atrofia y consiguientemente la relajación de la pared abdominal, la deformación del tórax, cuyo borde inferior en vez de entrar en la cavidad abdominal está vuelto hacia afuera y como ensanchado.

Pero, ¿cómo luchar contra la moda, de la que en mayor ó menor grado son esclavas todas las mujeres?

El frío provoca trastornos excitando los movimientos peristálticos del intestino, que pueden llegar hasta paralizarse cuando la acción refrigerante es demasiado fuerte ó prolongada, y además probablemente favorece también los procesos de fermentación.

Conviene, pues, preservar el abdomen del frío con tanto cuidado como las demás partes del organismo.

B. — AGENTES PERNICIOSOS INTRODUCIDOS EN EL TUBO DIGESTIVO

Independientemente de los venenos, de los que no hemos de ocuparnos aquí especialmente, hemos de recordar las falsificaciones y adulteraciones de que son objeto gran número de alimentos. Entre otros citaremos la leche, á la que se añaden frecuentemente agua, bicarbonato de sosa, ácido salicílico; la manteca, añadiéndola yeso, cal, ó coloreándola con substancias minerales; la harina, mezclada con arena, yeso ó alumbre; el café y el chocolate, que sufren múltiples alteraciones; por último, y sobre todo, las bebidas fermentadas como el vino, la cerveza, el aguardiente, que pueden sufrir tan numerosas como peligrosas falsificaciones, mezcla de materias colorantes para el vino (fucsina, anilina), mezcla de ácido salicílico, de ácido pícrico para la cerveza, de alcohol propílico, butírico ó de aceite de almendras amargas, de nitrobenzol ó de substancias que contienen el ácido prúsico para el alcohol.

IV

Tratamiento curativo

Régimen alimenticio y digestibilidad de los alimentos

En general puede decirse que comemos y bebemos demasiado, y si bien hay persona que atropella imprudentemente su estómago exigiéndole excesivo trabajo, también es verdad que muchos de éstos acaban por sufrir seriamente de semejante entraña.

Para tratar bien un dispéptico, es necesario ante todo conocer las reglas y los recursos de la higiene de la alimentación.

Por esto estudiaremos sucesivamente el valor nutritivo de los alimentos, su digestibilidad, y utilizaremos estos datos para ayudar al médico en sus prescripciones referentes al régimen.

Para que un alimento sea bien digerible ha de reunir las propiedades siguientes:

1.° Fácil solubilidad en presencia de los jugos digestivos;

2.° Absorción fácil en el tubo digestivo. Sería inútil añadir que no debe contener ninguna substancia capaz de irritar química ó mecánicamente el tubo digestivo.

Por último, es necesario distinguir la digestibilidad gástrica y la intestinal.

A. — DIGESTIBILIDAD GÁSTRICA

Para tener una noción exacta de la digestibilidad de cada alimento, es necesario seguir las fases de la digestión en el estómago.

Este estudio lo hizo primero Leube, habiéndolo desarrollado en lo sucesivo Penzoldt y sus discípulos. El momento en que el estómago está completamente vacío, dice Penzoldt, depende no sólo de la energía de las contracciones musculares del órgano sino también de la reducción química, de la disolución de los alimentos y de la desaparición de las partes disueltas por el fenómeno de la absorción.

Un alimento que permanece mucho tiempo en el estómago, provoca, hasta en el hombre sano, una sensación de pesadez, plenitud, malestar, y puede ser considerado como de difícil digestión. Esta permanencia prolongada y repetida en el estómago puede ocasionar la distensión de sus paredes, fermentaciones anormales, etc. De ahí la importancia del estudio de la digestibilidad de los alimentos por lo que respecta al régimen.

1.° Alimentos líquidos

Pocas nociones tenemos respecto del tiempo que pasan los líquidos en el estómago, y sin embargo, debería haber llamado la atención este punto dada la considerable cantidad de líquidos que absorben ciertas personas. Los trabajos de Beaumont, Richet, Fleischer, Ewald, y principalmente los de Penzoldt y sus discípulos, han resuelto en parte esta importante cuestión.

Vamos á dar un resumen de estas últimas investigaciones.

A.—*Agua de bebida.*—Doscientos centímetros cúbicos de agua fría or-

dinaria han permanecido de hora y cuarto á hora y media, y una sola vez dos horas menos cuarto, en el estómago. Es verdaderamente chocante la larga permanencia relativa de una cantidad tan escasa de agua en el estómago, y cabe preguntar si el observador se ha colocado en buenas condiciones.

El agua acidulada, saturada de ácido carbónico, parece absorberse con mayor rapidez (una hora). Las infusiones calientes (té, café, cacao), sin adición alguna, permanecen más tiempo en el estómago. Así pues, los líquidos calientes, al parecer, no activan la digestión gástrica.

Existe una diferencia evidente entre la duración de absorción del agua fría y del agua caliente introducidas aisladamente en el estómago, proporciones que cambian constantemente desde el momento que se le añade leche. El café con leche tarda en absorberse dos horas y cuarto, y el mismo tiempo emplea el cacao con leche. Estos datos parecen estar en contradicción con los experimentos hechos en un enfermo de fístula duodenal, en el cual la leche introducida en el estómago llegaba al intestino á los pocos minutos sin haberse coagulado siquiera. Parece que el azúcar retarda la digestión.

Entre las bebidas alcohólicas, la cerveza y el vino permanecen en el estómago más tiempo que el agua.

Cuanto más alcohólico y azucarado es el líquido más retardada resulta su absorción.

Por el contrario, las bebidas gaseosas, los vinos espumosos, por ejemplo, permanecen en el estómago poco tiempo.

Las bebidas alcohólicas tienen una influencia variable sobre la digestión de los alimentos según su cantidad y concentración.

Una pequeña cantidad de vino (de 100 á 250 centímetros cúbicos) y de aguardiente (coñac: de 30 á 50 centímetros cúbicos) activan la digestión del pan y de la carne. Por el contrario, la cerveza (1 litro), el aguardiente en gran cantidad (60 centímetros cúbicos y más) y el alcohol puro retardan generalmente el trabajo digestivo.

B. — *Leche.* — Es el tipo del alimento completo; suficiente en el niño, no lo es en absoluto en el adulto.

Contiene aproximadamente 87 por 100 de agua, 3 por 100 de albúmina, 4 por 100 de grasa y 5 por 100 de azúcar.

Los pareceres respecto de su digestibilidad están divididos. Beaumont y Ch. Richet pretenden que la leche abandona el estómago aproximadamente al cabo de una hora.

Según las investigaciones de Penzoldt hechas con leche de vaca hervida, este líquido permanece en el estómago de hora y media á dos

horas, es decir, no más tiempo del que gastan otros líquidos menos nutritivos que ella.

Para la leche cruda los resultados son variables, dependiendo éstos sin duda de la presencia de gérmenes en el líquido.

De todos modos, respecto de la digestibilidad de la leche, se observan verdaderas idiosincrasias; ciertas personas sienten verdadera repugnancia por este líquido y, sin embargo, la leche es el alimento por excelencia de todos los enfermos atacados de trastornos gastro-intestinales crónicos.

Ésta debería ser el alimento casi exclusivo del niño.

El *suero de leche*, conteniendo lactosa, sales y algunas materias albuminoideas es considerado de fácil digestión.

2.° Alimentos sólidos

A.—*Huevos.*—Los huevos constituyen un alimento completo y contienen materias azoadas, substancias grasas y sales (un huevo es equivalente á 40 gramos de carne grasa y á 150 gramos de leche). Los huevos son de fácil digestión; sin embargo, esto depende de la manera de prepararlos.

Según Penzoldt, su digestibilidad puede formularse del modo siguiente: 1.° huevos claros, pasados por agua, dos horas menos cuarto; 2.° huevos crudos, dos horas y cuarto; 3.° huevos estrellados, con muy poca grasa, dos horas y media; 4.° los huevos duros y tortilla, tres horas.

El *caviar* se aproxima á los huevos; contiene 30 por 100 de albúmina y 15 por 100 de grasa. La digestibilidad se halla disminuída por la cantidad necesaria, 9 por 100, de sal para su conservación.

B.—*Carne de los animales.*—Siguiendo á Penzoldt, comprenderemos con el nombre de carne, no sólo las masas musculares de los mamíferos, de las aves y de los pescados, sino también las partes blandas de estos animales (glándulas, cerebro, pulmones, etc.) y de ciertos crustáceos y moluscos.

La carne magra de los mamíferos, de las aves y de los peces, y las glándulas, tales como el hígado, los riñones y el timo, contienen aproximadamente de 72 á 80 por 100 de agua, 17 á 23 de albúmina y 1 á 7 por 100 de materias grasas; en la carne esta última proporción puede elevarse hasta el 40 por 100.

La grasa retarda la digestibilidad; Penzoldt ha encontrado materias grasas en el estómago cuando hacía ya mucho rato que habían desaparecido las fibras musculares.

Antes de pasar al estudio de la digestibilidad de las diferentes variedades de carnes, es indispensable conocer su composición química.

Respecto de este punto tomaremos de Kœnig el siguiente cuadro:

VARIEDAD DE CARNE	AGUA	ALBÚMINA	MATERIAS GRASAS	MATERIAS hidrocarbonadas
Carne de buey. grasa.	55,4	17,2	26,4	»
Carne de buey. mediana grasa.	72,2	20,9	5,2	0,5
Carne de buey. magra.	76,7	20,8	1,5	»
Carne de ternera.	72,3	18,9	7,4	0,07
Carne de carnero. grasa.	47,9	14,8	36,4	0,05
Carne de carnero. magra.	76,0	17,1	5,8	»
Pollo.	70,0	18,5	9,3	1,2
Pichón.	75,1	22,1	1,0	0,7
Liebre.	74,2	23,3	1,1	0,2
Cabrito.	75,8	19,8	1,9	1,4
Perdiz.	72,0	25,3	1,4	»
Molleja de ternera.	70,0	28,0	0,4	»

Cuando la carne contiene mucha grasa, es más difícil de digerir.

Los sesos y la molleja de ternera son muy excelentes alimentos; á las dos horas pueden haberse digerido 250 gramos; 200 gramos de carpa, sollo ó merluza se digieren en el mismo espacio de tiempo; por lo demás, todos los pescados, incluso el salmón, se digieren fácilmente. El pollo y el pichón necesitan tres ó cuatro horas; la oca y el pato cuatro ó cinco horas. La carne de buey, según repetidos experimentos de Penzoldt, es de digestión bastante difícil; se necesitan de cuatro á cinco horas para digerir de ella 250 gramos, y lo mismo sucede con la carne de ternera.

Según Issen, el carnero es de una digestibilidad casi igual á la del buey, y el cerdo se digiere más difícilmente que la liebre.

Las ostras y el caviar tienen fama de ser de fácil digestión; pero no parece ser así, según las investigaciones de Penzoldt, á pesar de ser considerable la proporción de agua que contienen las ostras. Por lo demás, la condición de ser reciente la carne de los animales, la edad de los mismos, la elección de los diferentes trozos, más suculentos y menos gruesos unos que otros y la preparación culinaria que han sufrido, cambian evidentemente los grados de digestibilidad en una escala considerable.

Las carnes demasiado frescas son menos tiernas y más difíciles de digerir que las carnes un poco pasadas. Hase dicho que la putrefacción es una fermentación que se aproxima á la peptonización; por lo cual sería

menos laborioso el trabajo gástrico; pero una carne manida es siempre peligrosa.

Respecto del pescado, es necesario comerlo siempre fresco.

Para facilitar la digestión de la carne, es conveniente quitarle primero las partes indigestas, y para los enfermos que tienen mala dentadura hasta será útil reducirla al estado de pulpa ó papilla.

La carne cruda, de uso tan generalizado desde Trousseau, es mucho más fácil de digerir que la carne cocida ó asada. Por desgracia, favorece el desarrollo de parásitos tales como la tenia.

Según Issen, la carne medio cocida (biftec sanguinolento) es más fácil de digerir que la carne completamente asada y cocida.

Penzoldt no ha podido determinar si la carne caliente era más fácil de digerir que la fría. Los cuerpos grasos, las salsas, hacen la digestión más difícil; la mostaza y los ácidos quizá facilitan un poco la digestión.

Las carnes conservadas, el jamón, la lengua ahumada, el arenque, las carnes saladas y ahumadas permanecen mucho tiempo en el estómago antes de ser digeridas.

El salchichón demasiado graso es de difícil digestión.

C. — *Alimentos grasos.* — En general, el estómago no los modifica ni los absorbe.

La manteca fresca es el cuerpo graso mejor tolerado por el estómago.

Generalmente el queso es de difícil digestión; sin embargo, contiene de 24 á 32 por 100 de albúmina y de 4 á 30 por 100 de grasa. Según Klenze, el roquefort y el chester se digieren más fácilmente que los demás quesos, lo cual depende sin duda de la presencia de especias; pero estas últimas deben evitarse en los dispépticos.

El aceite es indigesto.

D. — *Alimentos hidrocarbonados* (vegetales). — Su digestibilidad depende de la presencia, en proporción más ó menos considerable, de productos que contienen celulosa (substancia indigesta), y sobre todo de las diferentes manipulaciones á que han sido sometidos (decorticación, reducción á harina, cocción, etc.).

El *pan* blanco es más fácil de digerir que el moreno. Para las comidas de prueba se usa el pan blanco, y en cuarenta y siete experimentos de Penzoldt ha resultado que 70 gramos de pan blanco desaparecen del estómago al cabo de dos horas y veinte minutos. Que el pan sea tostado ó no, su grado de digestibilidad parece ser igual. Generalmente se cree que el pan de algunos días es más fácil de digerir que el pan tierno, lo cual no es exacto. De todos modos, para ser bien digerido, es necesario que esté bien ensalivado antes de deglutirlo. Con esta precaución se di-

giere mucho mejor que previamente empapado de cualquier líquido. En Francia especialmente se abusa mucho del uso del pan.

Hayem ha demostrado que produce una excitación estomacal bastante notable y facilita la producción de ácido clorhídrico libre; sobre todo constituye un buen medio para las fermentaciones anormales y más principalmente para la fermentación acética.

La *pastelería* y los *dulces* en general son de difícil digestión, sobre todo cuando se han confeccionado con mucha manteca. Respecto del azúcar, favorece el desarrollo de la fermentación bacteriana en el estómago y en el intestino.

Los *feculentos* ó legumbres secas tienen un poder nutritivo muy considerable (de 23 á 25 por 100 de materias albuminoideas y de 52 á 54 por 100 de materias hidrocarbonadas).

Las lentejas constituyen un elemento nutritivo muy rico en ázoe.

Las legumbres secas, si se usan mondadas, se digieren mucho más fácilmente de lo que en general se cree.

El arroz cocido en grano permanece mucho tiempo en el estómago; pero tamizado es muy fácilmente digerido.

Las patatas harinosas son más fácilmente digeridas que las patatas grasas.

De entre las verduras, la coliflor es la más fácil de digerir (Penzoldt). Vienen en seguida los espárragos, los nabos, las espinacas y las judías tiernas: estas últimas permanecen mucho tiempo en el estómago.

Las frutas crudas, aun con su película, como la ensalada de pepino, no quedan mucho tiempo en el estómago.

Las frutas cocidas se digieren con mayor rapidez.

Ciertos frutos, como los pepinillos, los rábanos de todas clases, pueden, sin embargo, ocasionar trastornos digestivos. Esto es debido á que estos frutos si no están maduros son muy ácidos y contienen esencia de mostaza.

Por último, las frutas muy maduras favorecen las fermentaciones por el exceso de azúcar que contienen, y además pueden favorecer la penetración de gérmenes morbosos en el organismo.

De todos modos, las frutas deben comerse únicamente con la condición de estar bien mondadas, quitarles las pepitas y los cuescos, habiendo antes limpiado y lavado su superficie.

Las trufas, los hongos y las ensaladas están formados en gran parte por una trama leñosa indigesta.

B. — DIGESTIBILIDAD INTESTINAL

Si es fácil juzgar de la digestibilidad de los elementos introducidos en el estómago, no es tan fácil este experimento respecto del intestino. Unicamente podemos juzgar la digestibilidad intestinal indagando el tiempo que ciertos elementos tardan en atravesar el tubo digestivo ó estudiando químicamente lo que pierden los diferentes alimentos á su paso á lo largo del intestino. De este modo se ha podido establecer la serie siguiente, que marca de mayor á menor la digestibilidad de los alimentos: carne, huevos, macarrones, pan blanco, leche, arroz, maíz, zanahoria, patatas, pan moreno.

Los cuerpos grasos son utilizados principalmente en el intestino; sin embargo, la manteca de cerdo y la grasa que acompaña á las carnes asadas son menos digeribles que la manteca de vaca, el tuétano y el aceite.

La digestibilidad de los elementos hidrocarbonados depende de la proporción de celulosa. El pan blanco no pierde más que 0,5 por 100; el arroz y el maíz, 3,2 por 100; la patata, 7,6 por 100; el pan moreno, 10,9 por 100; la zanahoria, 18 por 100. En los que se alimentan exclusivamente de vegetales, las deposiciones son de consistencia de puré y en gran volumen.

Cuando se estudia la digestibilidad con relación á la albúmina se llega á la serie siguiente: carne y huevos (de 2 á 3 por 100 de pérdida); leche (de 7 á 12 por 100); legumbres secas (10 por 100); pastas para sopa, pan blanco, maíz y arroz (de 17 á 25 por 100); pan moreno y patatas (32 por 100); zanahorias (39 por 100).

Por estos datos es fácil convencerse de que una alimentación exclusivamente vegetal sería insuficiente y exigiría una cantidad muy considerable de alimentos que acabarían por fatigar al tubo digestivo.

V

Valor nutritivo de los alimentos; su importancia bajo el punto de vista del régimen Dosis de sustento

1.° No deben tomarse al pie de la letra los datos que acabamos de consignar respecto á la digestibilidad de los alimentos; los ensayos de química, de laboratorio ó de fisiología tienen naturalmente su interés, pero no deben olvidarse tampoco las aptitudes personales de cada enfermo para

digerir determinados alimentos, aptitud que cada uno comprende para consigo mismo según su propia experiencia, de ahí la digestibilidad subjetiva de Glénard. Tampoco debe deducirse de lo anteriormente dicho, la conveniencia de alimentarse de substancias ligeras y de fácil digestión. Si bien es evidente que los alimentos pesados pueden á la larga fatigar al tubo digestivo, no es menos cierto que á menudo son útiles. Asimismo, si el régimen lácteo le es al niño suficiente, difícilmente puede usarse durante mucho tiempo en el adulto. Lo que hemos dicho acerca de la digestibilidad de los vegetales nos hará comprender que el régimen exclusivamente vegetal tampoco es aplicable en todos los casos. Por último, el régimen exclusivamente animal no es compatible con las condiciones de la existencia, puesto que conduce con seguridad á la inanición.

Lo mejor es un régimen mixto, compuesto de alimentos de fácil, mediana y hasta de difícil digestión, haciendo de manera que los albuminatos, las grasas y los hidratos de carbono estén representados en la proporción de 1 : 1 : 3,5.

A. — *Carne.* — Se dará la preferencia á la ternera y al buey; el carnero y el cerdo son más difíciles de digerir.

Se intercalará la volatería, caza fresca y pescados. La carne será cocida, guisada ó asada; podrán añadirse á la carne leche, huevos, manteca y queso en pequeña cantidad.

B. — *Vegetales.* — Pueden usarse todas las variedades de pan, pero sin exceso.

Muchas veces el pan de salvado favorece las deposiciones. Será muy útil abstenerse de pasteles y dulces, y en todo caso usarlos con gran moderación.

Todas las legumbres feculentas pueden entrar en la alimentación, principalmente las patatas y luego el arroz. Las legumbres son también indispensables para regularizar las deposiciones. Lo mismo podemos decir de las ensaladas y de las frutas. Podemos añadir especias á los alimentos, pero en corta cantidad, á causa de su influencia perniciosa sobre los riñones.

C. — *Bebidas.* — Es conveniente no beber en exceso, pues esta costumbre es perniciosa tanto para el estómago como para el sistema circulatorio.

En las comidas, no debe exceder la bebida de la cantidad de medio litro. Beber en los intervalos de las comidas es absolutamente malo. En el mismo orden de ideas tampoco parecen convenientes las sopas, como no sean muy nutritivas. Se puede y aun se debe beber un poco de vino (1/4 de litro aproximadamente en cada comida). Es difícil decir si el té

ó el café tomados después de las comidas facilitan la digestión. Pequeñas cantidades de alcohol activan la digestión, pero el alcohol concentrado es pernicioso.

2.° Si es útil estudiar la digestibilidad y el valor nutritivo de los alimentos, también es indispensable conocer en qué proporción estos alimentos son necesarios á la nutrición, como también las proporciones en que las substancias albuminoideas, las grasas y los hidratos de carbono deben combinarse para constituir la ración de sustento.

Por término medio el hombre pierde, por las diferentes vías, 20 gramos de ázoe y 300 gramos de carbono. Esta pérdida debe compensarse por la absorción de una cantidad equivalente de principios azoados é hidrocarbonados; sobre estos datos está fundada la ración de sustento de un hombre en reposo ó trabajando poco. Debe absorber 100 gramos de albuminato, 56 gramos de grasa y de 400 á 450 gramos de hidrato de carbono. Una tercera parte de las substancias albuminoideas ha de proceder de alimentos de origen animal (190 gramos de carne, ó 1 litro de leche, ó 125 gramos de queso, ó 5 huevos). Cuando el hombre trabaja mucho necesita: de 120 á 130 gramos de albuminato, 100 gramos de grasa, 500 gramos de hidrato de carbono. El soldado en tiempo de paz necesita: 118 gramos de albuminato, 56 gramos de grasa y 500 gramos de hidrato de carbono y, por consiguiente, 190 gramos de carne y 750 de pan.

En tiempo de guerra las proporciones se elevan á 145 gramos de albuminato, 190 gramos de grasa y 500 gramos de hidrato de carbono (Munk y Uffelmann).

Para establecer estos datos se parte hoy día no del peso de los alimentos, sino de su equivalente térmico, es decir, de su valor en calorías.

Germán Sée recordó que:

1 gramo de albúmina da	. . . . .	4,1 calorías
— de grasa.	. . . . .	9,3 —
— de hidrato de carbono	. . . . .	7,1 —

y que el trabajador gasta aproximadamente 3,400 calorías al día. En estado de reposo un adulto necesita una alimentación variada que pueda producir de 33 á 36 calorías por kilogramo de su peso.

3.° A la cuestión de régimen de sustento va unida la del número de comidas.

Evidentemente lo mejor es comer únicamente cuando el estómago está vacío. Una sola comida al día sería cargar demasiado el estómago y someterlo de una sola vez á un trabajo excesivo, y comidas demasiado re-

petidas cansarían también el tubo digestivo por no dejarle un momento de reposo.

De los experimentos de Penzoldt resulta que, de tres á cinco comidas al día, constituyen el término medio útil para una persona sana y robusta. De modo que un hombre dedicado á trabajo manual debería tomar, á las 6 de la mañana, un primer desayuno compuesto de café con leche y pan; á las 9, segundo desayuno compuesto de salchichón ó manteca y pan; al mediodía, sopa, carne y legumbres ó feculentos; á las 4 de la tarde, como en el segundo desayuno; y á las 7, cena compuesta de un potaje nutritivo con pan y eventualmente un poco de carne. Acostarse entre 9 y 10.

Para un hombre que se dedique á trabajos intelectuales recomienda un desayuno entre 7 y 8, compuesto de leche y café, té ó cacao, con dos panecillos, huevos ó un pedazo de carne fría. Entre 12 y 1, comida compuesta de sopa, carne, verdura y legumbres. Por la noche entre 7 y 8, carne y pan. Acostarse entre 10 y 11.

Yo aconsejo comúnmente un pequeño desayuno entre 7 y 8 (café con leche ó huevos y té); á las 11 y media, comer carne, pescado, verduras, legumbres, queso ó una confitura; alrededor de las 4, té con pan tostado; á las 6, comida compuesta de carne asada caliente ó fría, pollo, lengua ahumada, jamón, legumbres ó verdura y una confitura. Como bebida, 1/4 de litro de vino blanco añadiéndole agua, á cada comida.

En Francia, la principal comida se hace generalmente al anochecer, es decir, cuando ha cesado todo trabajo importante, lo que permite hacer la digestión en buenas condiciones. Es, sin embargo, mala costumbre el retrasar hasta las 7 ó las 8 de la noche la última comida; porque la digestión no se ha terminado todavía en el momento de acostarse y es de todos sabido que ésta se hace con lentitud durante el sueño; de ahí una fatiga inútil impuesta al estómago, aun sin hablar del efecto que esto pueda producir sobre el sistema nervioso.

Entre nosotros, la comida de la mañana tiene también el inconveniente de ser escasa.

Los ingleses y los americanos, gente práctica, acostumbran una primera comida compuesta de *poretch* (avena cocida mezclada con leche y azúcar), añadiéndole huevos y un poco de té.

VI

Higiene general

Conviene principalmente insistir sobre la mayor regularidad en las horas de las comidas, y además dedicar á ellas el tiempo necesario. Es muy considerable el número de personas que llegan á dispépticos porque comen demasiado de prisa ó trabajan comiendo.

Una masticación completa, acompañada de insalivación suficiente, es la primera circunstancia de una buena digestión.

Nunca el médico se fijará demasiado en el estado de la dentadura de sus clientes, y les aconsejará sustituir las piezas que falten por otras artificiales.

Las piezas cariadas, y principalmente si hay periostitis alvéolo-dentaria, se cuidarán y si conviene se quitarán.

Por último, cuando la masticación sea defectuosa, se podrá recurrir con ventaja á un instrumento ingenioso inventado por un industrial del Jura: es un masticador, verdadera mandíbula de bolsillo, que tiene la forma de un cortante y cuyas hojas de acero prolongadas y entrecruzadas, reducen los alimentos á una pulpa extremadamente fina.

Conviene abstenerse de usar bebidas demasiado frías ó demasiado calientes.

Las bebidas heladas congestionan la mucosa, cuyo funcionamiento excitan de un modo anormal. Quincke pretende que el descenso de la temperatura de las paredes del estómago, provocada por la ingestión de medio litro de agua helada, retarda cerca de media hora la digestión normal. Es un hecho muy observado en los Estados Unidos, donde el uso de las bebidas frías está muy generalizado, la frecuencia de la dispepsia por abuso del agua helada.

Respecto de los alimentos demasiado calientes, pueden lesionar la mucosa gástrica y favorecer el desarrollo de la úlcera simple.

Chomel ha dicho que tanto se digiere con las piernas como con el estómago, y en efecto, el ejercicio es seguramente una condición necesaria de buena digestión.

Personas hay que digieren mucho mejor dando un paseo en coche ó viajando en ferrocarril después de la comida, y otros, por el contrario, digieren mejor permaneciendo en reposo.

Spirig ha encontrado que el grado de acidez del jugo gástrico y su poder peptonizante eran más marcados durante el reposo. Por otra parte,

se sabe que el reposo en la posición horizontal es una condición indispensable de una buena digestión en los dispépticos.

En cuanto al tabaco, si bien en general no perjudica al hombre sano, deben abstenerse de él todos los enfermos.

VII

Nociones generales sobre la alimentación de los enfermos de afecciones gastro-intestinales

En los casos de lesiones agudas ó graves del tubo digestivo, la abstinencia absoluta de toda alimentación debe ser la regla, la cual puede prolongarse sin inconveniente durante dos días.

En las afecciones crónicas, conviene ante todo examinar la riqueza del jugo gástrico en ácido clorhídrico y medir el trabajo digestivo del estómago por una comida de prueba.

En el caso de enflaquecimiento, conviene además completar este examen por el análisis de las deposiciones.

Tomando por base estos datos, el médico debe instituir el régimen del enfermo, no debiendo limitarse á sencillas indicaciones, pues el enfermo está siempre dispuesto á hacer transgresiones del régimen, sino que debe llegarse al extremo de fijar por escrito y detalladamente la naturaleza de los alimentos, su preparación y su cantidad.

A. — NATURALEZA DE LOS ALIMENTOS

Para que el médico pueda señalar al enfermo el alimento que le es más conveniente, es preciso ante todo que tenga idea exacta de los grados de digestibilidad de las substancias alimenticias.

Vamos á reproducir aquí el cuadro de la digestibilidad de los alimentos según Beaumont y Richet.

CUADRO DE LA DIGESTIBILIDAD DE LOS ALIMENTOS SEGÚN BEAUMONT Y RICHET

CUADRO DE LOS ALIMENTOS según SU DIGESTIBILIDAD	MODO de preparación	PERMANENCIA EN EL ESTÓMAGO	
		BEAUMONT	RICHET
Aguardiente	»	»	De 30 á 40 minutos
Leche	hervida	»	De 30 á 60 minutos
Pies de cerdo	cocidos	1 hora	»
Arroz	—	1 hora	»
Patatas fritas	»	»	1 hora, 2 h. 1/4, 2 h. 1/2 á 3 h.
Huevos batidos	crudos	1 h. 1/2	»
Papilla de cebada	cocida	1 h. 1/2	»
Truchas, salmón	cocido	1 h. 1/2	»
Manzanas maduras	crudas	1 h. 1/2	»
Sesos de ternera	hervidos	1 h. 3/4	»
Sagú	—	1 h. 3/4	»
Espinacas	—	»	1 h. 3 4, 2 h., 4 h.
Galletas con manteca	—	»	1 h. 3/4, 2 h. 1/2, 3 h. 1/4
Huevos	crudos	2 horas	»
Leche	—	2 horas	»
Pan	tostado	2 horas	»
Arroz con manteca	cocido	»	2 h., 2 h. 3/4, 3 h. 1/4
Habas	—	2 h. 1/2	2 horas.
Patatas	—	»	2 h. 1/2
Coliflor con manteca	—	»	2 h. 1/2, 2 h. 3/4
Macarrones con manteca	—	»	2 h. 1/2, 3 h. 3/4
Huevos pasados por agua	—	3 horas	»
Carnero	asado	3 horas	»
Biftec	—	3 horas	»
Jamón	cocido	3 horas	»
Carne magra de buey	á las parrillas	3 horas	»
Pescado	hervido	3 horas	»
Carne de cerdo	asada	4 horas	»
Volatería	—	4 horas	»
Buey, ternera	—	4 horas	»

El cuadro sacado del trabajo de Penzoldt es más extenso y más completo. En este cuadro la letra A representa la cantidad de albúmina, la G la cantidad de grasa y la C el hidrato de carbono.

PERMANENCIA EN EL ESTÓMAGO

De 1 á 2 horas

De 100 á 200 gramos de agua pura.
220 gramos de agua carbónica.
200 gramos de té. / de café. / de cacao. / de cerveza. / de vino ligero.
De 100 á 200 gramos de leche hervida (A. 3,5; G. 3,5; C. 5).
200 gramos de caldo.
100 gramos de huevos pasados por agua.

De 2 á 3 horas

200 gramos de café con natillas.
200 gramos de cacao con leche.
200 gramos de Málaga.
De 300 á 500 gramos de agua.
De 300 á 500 gramos de cerveza.
De 300 á 500 gramos de leche hervida.
100 gramos de huevos duros ó estrellados, duros ó en tortilla (A. 12, G. 12).
100 gramos de salchichón de buey crudo.
250 gramos de sesos de ternera hervidos.
250 gramos de lechecillas de ternera.
72 gramos de ostras crudas.
200 gramos de carpa hervida.
200 gramos de sollo hervido (A. 18, G. 0,5).
200 gramos de bacalao hervido (A. 80, G. 1).
150 gramos de coliflor hervida (A. 2, G. 4).
150 gramos de espárragos hervidos (A. 2, G. 2).
150 gramos de patatas con sal (A. 2, G. 20).
150 gramos de puré de patatas.
150 gramos de compota de cerezas.
150 gramos de cerezas crudas.
70 gramos de pan blanco tierno ó del día anterior, seco ó con té (A. 7, G. 52).
70 gramos de Zwieback fresco ó seco y con té.
50 gramos de bizcochos Albert.

De 3 á 4 horas

230 gramos de pollo hervido (A. 20, G. 4).
230 gramos de perdiz asada.
220 á 260 gramos de pichón hervido.
195 gramos de pichón asado.
250 gramos de buey crudo, cocido (A. 21, G. 1,5).
250 gramos de pata de ternera hervida.
160 gramos de jamón cocido (A. 24, G. 36).
160 gramos de jamón crudo.
100 gramos de asado de ternera caliente y frío (A. 20, G. 1,5).
100 gramos de biftec frío ó caliente.
100 gramos de biftec crudo raspado.
100 gramos de costillas asadas.
200 de salmón hervido (A. 16, G. 28).
72 gramos de caviar salado (A. 31, G. 16).
200 gramos de arenque salado ó ahumado.
150 gramos de pan moreno (A. 6, G. 0,5, C. 50).
150 gramos de pan tostado.
150 gramos de pan blanco.
100 á 150 gramos de bizcochos Albert.
150 gramos de zanahoria.
150 gramos de arroz hervido (A. 3, C. 76).
150 gramos de rábano-col hervido (A. 3, C. 8).
150 gramos de zanahorias hervidas (A. 1, C. 9).
150 gramos de espinacas hervidas.
150 gramos de ensalada de pepinos.
150 gramos de rábanos crudos.
150 gramos de manzanas.

De 4 á 5 horas

250 gramos de pichón asado.
250 gramos de filete de buey asado.
250 gramos de biftec.
250 gramos de lengua de buey ahumada (A. 27, G. 21).
100 gramos de tajada de carne ahumada (A. 27, G. 15).
250 gramos de liebre asada.
240 gramos de perdiz asada.
250 gramos de oca asada (A. 16).
250 gramos de pato asado.
200 gramos de arenques salados.
150 gramos de lentejas en puré (A. 25, C. 54).
200 gramos de puré de guisantes (A. 23, C. 52).
115 gramos de habichuelas tiernas hervidas (A. 3, C. 6).

Este cuadro indica, según la naturaleza de la bebida ó de los alimentos, su tiempo de permanencia en el estómago.

Ya hemos indicado antes, tomándolo de Kœnig, la composición química de los principales alimentos.

Veamos ahora, como complemento, la de algunos pescados:

100 PARTES	AGUA	ALBÚMINA	GRASA	SALES
Sollo	79.59	18.34	0.56	0.93
Carpa	76.79	21.86	1.09	1.33
Salmón	74.36	15.01	6.42	1.36
Ostras	89.69	4.95	0.37	2.37
Caviar	41.82	31.36	15.61	2.98
Arenque salado	46.23	18.90	16.89	16.41

y la de algunas legumbres:

100 PARTES	AGUA	ALBÚMINA	GRASA	HIDRATO de carbono	CELULOSE	SALES
Coliflor	90.89	2.48	0.34	4.55	9.91	0.83
Espinacas	88.47	2.49	0 58	4.44	0.93	2.09
Espárragos	93.75	1.79	0.25	2.63	1.04	0.54
Manzanas tiernas	84.79	0.36	0 82	3 01	1.51	0.40
Manzanas secas	27 95	1.28	3 60	59.79	4 99	1.57
Peras tiernas	83.03	0 36	0.20	12.08	4.30	0.31
Peras secas	29.41	2.07	0.84	58.80	6.86	1.67
Ciruelas tiernas	81.18	0.78	0.85	11.07	5.41	0.71
Ciruelas secas	29 30	2 25	2 75	62.32	1 52	1 37
Uva	78.17	0.59	0.79	16.32	3 60	0 53
Miel	19.61	1.2	0.028	73.72	»	0.19
Extracto de Malta	25.49	3.62	»	69.80	»	1.03
Macarrones y galleta con manteca	13 07	9.02	0.3	76 77	»	0.84

Fundado en estos diferentes datos, el médico podrá escoger, según los casos, entre estos distintos alimentos.

B. — PREPARACIONES ALIMENTICIAS ARTIFICIALES

Se comprenden con este nombre las preparaciones de carne, leche, extractos de carne, peptonas, etc.

Los extractos de carne son en general preparaciones malas; contienen, además de las bases, tales como creatina, creatinina, sarcina, xantina, carnina, sales de las cuales algunas pueden ser perniciosas, como las de potasa.

Todo lo más podrán servir para dar buen gusto al caldo.

Las peptonas constituyen un elemento excepcional. Unas son preparadas con el ácido clorhídrico y la pepsina; otras con la pancreatina, la papayotina, el calor, etc. Contienen la albúmina soluble de la carne y pueden sustituir á la albúmina en la alimentación.

Cuando se prescriben peptonas del comercio hemos de fijarnos principalmente en su composición química, y su solubilidad y gusto. Su administración al interior es francamente rechazada por los enfermos, acusándola de mal gusto. Por esto se emplean más especialmente en la alimentación rectal.

El polvo de carne estuvo en boga algún tiempo, pero se conserva difícilmente, pues se corrompe pronto. La somatosa es una de las mejores preparaciones, porque no tiene gusto ni olor y se disuelve en el agua; se la prepara con las substancias albuminosas de la carne. A pequeñas dosis es bien tolerada, pero provoca la diarrea si se emplea en gran cantidad.

Las conservas de leche son buenas preparaciones. Unas veces se usa la leche pura concentrada, otras la leche adicionada de azúcar ó el polvo de leche. Estas preparaciones se obtienen por evaporación en el vacío, y se mezclan con agua caliente al ir á tomarlas.

Entre las preparaciones vegetales, se usan el arrow-root, el sagú, la tapioca y la mondamina.

Para los niños se prepara una mezcla de leche concentrada y una harina en la cual el almidón insoluble es transformado en materias solubles (dextrina y azúcar). Ninguna de estas preparaciones de harina lacteada podría servir de alimentación exclusiva para los niños. Citemos también el cacao y la leche vegetal de Lahmann sacada de las nueces y de las almendras. Contiene $3^{gr},85$ de grasa, $2^{gr},25$ de substancias azoadas y $5^{gr},80$ de azúcar.

Mezclada con la leche de vaca, da un líquido cuya composición se aproxima á la de la leche de mujer.

C.—REGÍMENES APLICABLES Á LAS AFECCIONES GASTRO-INTESTINALES

1.° El régimen puede ser exclusivo ó mixto. El único régimen exclusivo es el *lácteo*. Será útil en todos los casos, porque el trabajo digestivo del estómago queda en este caso reducido á su menor expresión y, además, tiene la ventaja de no contener ninguna substancia indigesta. Contiene grasa reducida á pequeñísimas gotitas, hidrato de carbono y sales en disolución; la albúmina (caseína) sólo se coagula en el estómago. Sin embargo, el régimen lácteo exclusivo tiene sus inconvenientes.

Para proporcionar al organismo la cantidad de substancias azoadas é hidrocarbonadas necesaria, es necesario ingerir grandes cantidades. Pero la grasa y la albúmina de la leche no son del todo utilizadas en el intestino, encontrándose de ellas aproximadamente el 10 por 100 en las materias fecales.

Por esto la leche es un alimento insuficiente y el régimen lácteo exclusivo únicamente puede continuarse por un espacio de tiempo limitado.

Frecuentemente prescribimos á los enfermos un régimen lácteo mixto, el cual presta importantes servicios en el tratamiento de las afecciones gastro-intestinales.

La cantidad mínima de leche que debe tomar en veinticuatro horas un adulto sometido á este régimen es de 3 litros. Se puede llegar hasta 4 litros, pero esta dosis constituye casi siempre el límite de la tolerancia.

La leche de buena calidad produce generalmente astricción de vientre; cuando se presenta diarrea es que la leche ha sido mal digerida.

Enfermos hay que difícilmente tolerarían la leche de ningún modo, lo cual puede depender de una simple repugnancia instintiva, en cuyo caso el médico debe combatirla con toda su autoridad. Otras veces hay verdadera intolerancia intestinal (cólicos, diarrea), y en estos casos, se producen probablemente fermentaciones que perturban la acción de los fermentos intestinales.

En muchos casos se establece la tolerancia de la leche con sólo añadir á ésta *bicarbonato de sosa,* un *agua alcalina* ó un poco de *cloruro de calcio.*

Debe tomarse á intervalos iguales á la dosis de un vaso (150 gramos) cada hora, hervida y hasta esterilizada, sobre todo para los niños. Se le puede mezclar á la leche cacao, té, café ó cognac.

Al lado del régimen lácteo exclusivo, hemos de hacer mención de la cura de *kefir* propuesta por Hayem. El kefir se compone de ácido láctico, alcohol y materias albúminoideas; contiene al mismo tiempo ácido carbónico. El kefir más viejo (fermentación de tres días) es el más rico en alcohol. La cantidad de ácido láctico varía de 3 á 7 gramos por litro; la de alcohol es muy variable. Las materias albuminoideas son las mismas que las de la leche, es decir, la caseína, la albuminina y la sintonina. Hayem prescribe de 5 á 6 botellas de kefir al día (aproximadamente de 3 á 4 litros). Lo mismo que la leche, el kefir debe tomarse á pequeñas dosis y á iguales intervalos. La cura de kefir es á veces bien tolerada por los enfermos que rehusan tomar el régimen lácteo.

2.° Ya hemos dicho antes que los regímenes animal y vegetal exclu-

sivos no pueden adoptarse, por lo cual hemos de pasar á los *regímenes mixtos*.

Leuber ha indicado cuatro variedades de regímenes, que representan una atinada graduación de la alimentación y no contienen más que alimentos de fácil digestibilidad, que permiten sujetar el aparato digestivo á un relativo reposo hasta el momento en que será posible una alimentación más rica y abundante.

El primero comprende el caldo, solución de carne, leche, huevos crudos y pasados por agua, bizcochos sin azúcar, agua de fuente ó un agua ligeramente carbónica.

El segundo régimen lo constituyen los sesos de ternera hervidos, lechecillas de ternera hervidas, pollo y pichón hervidos, pies de ternera, crema de avena ó de cebada, papillas con leche preparadas con tapioca y huevos batidos.

En el tercer régimen Leuber coloca la carne de buey cruda y en pulpa, el jamón magro y también dividido, un poco de pan blanco tostado, puré de patatas y, á título de ensayo, un poco de café, té ó leche.

El cuarto régimen es más substancioso: comprende el pollo y el pichón asados, la ternera asada, la perdiz, el cabrito, el rosbif casi crudo, el sollo, los macarrones, la papilla de arroz con leche y vino en pequeñas cantidades. Leuber priva por completo las salsas, las ensaladas y la mayor parte de las legumbres, permitiendo tan solo espinacas muy recortadas y alguna que otra vez espárragos.

Penzoldt ha formulado una serie de menús más variados, fundados en la experimentación y en gran número de observaciones clínicas. De estos menús se pueden escoger los platos que más convengan á cada caso particular.

Se comprende que estos diversos regímenes no constituyen más que un esquema; no es posible seguirlos al pie de la letra, pero los datos que proporcionan, basados en una larga experiencia, merecen ser recordados.

MENÚS DE PENZOLDT

ALIMENTOS ó BEBIDAS	CANTIDAD	PREPARACIÓN	ESTADO DE LOS ALIMENTOS	MODO DE TOMARSE
1.er MENÚ unos diez días				
Caldo.	250 gr.	De buey.	Sin grasa, poco ó nada salado.	Lentamente.
Leche de vaca. .	250 gr.	Hervida ó esterilizada.	Puede adicionársele una tercera parte de agua de cal.	Adicionada con un poco de té.
Huevos. . . .	1 ó 2	Crudos ó pasados por agua.	Frescos.	Huevos crudos desleídos en caldo.
Solución de carne de Leube-Rosenthal. . .	30 á 40 gr.	—	Olor ligero de caldo.	A cucharadas de postres desleída en caldo.
Bizcochos Albert.	6 pedazos	—	Sin azúcar.	Bien machacados.
Agua. . . .	1/8 litro	—	Agua de fuente ó agua ligeramente gaseosa.	Que no sea demasiado fría.
2.º MENÚ unos diez días				
Sesos de ternera	100 gr.	Hervidos.	Quitadas sus cubiertas.	Con caldo
Lechecillas de ternera.. . .	100 gr.	—	Quitadas sus cubiertas.	—
Pichón.. . . .	Uno.	—	Tierno, sin piel ni tendones	—
Pollo.	del volumen de un pichón.	—	Tierno que no sea cebado.	—
Buey crudo. . .	100 gr.	Finamente picado con un poco de sal.	Filete.	Comido con bizcochos Albert.
Embutido de buey crudo.	100 gr.	Sin aditamento.	Poco ahumado.	—
Tapioca. . . .	30 gr.	Con leche.	—	—
3.er MENÚ unos ocho días				
Pichón.. . . .	Uno.	Ligeramente asado con manteca reciente.	Joven.	Sin salsa.
Pollo. . . .	Uno.	id.	id.	id.

ALIMENTOS Ó BEBIDAS	CANTIDAD	PREPARACIÓN	ESTADO DE LOS ALIMENTOS	MODO DE TOMARSE
Biftec.	100 gr.	Medio asado con manteca reciente.	Filete.	Bien machacado.
Jamón.	100 gr.	Crudo ó raspado.	Desosado; jamón rodado.	Con pan blanco.
Pan con leche, Zwieback. . .	50 gr.	Corteza.	Tostado.	Bien mascado.
Patatas. . . .	50 gr.	En puré ó machacadas.	Harinosos.	—
Coliflor. . . .	50 gr.	Cocida en agua salada.	Unicamente las flores.	—
4.º MENÚ de 8 á 15 días				
Cabrito.. . . .	100 gr.	Asado.	Lomo. Preparado pero no manido.	—
Perdiz.	Una	Asada sin manteca	Animal joven, poco pasado.	—
Rosbif.	100 gr.	Asado de color rosado	Machacado.	Caliente ó frío.
Filete.	100 gr.	—	—	—
Ternera. . . .	100 gr.	Asada.	Lomo ó pierna.	—
Sollo. Anguila. Carpa. Trucha. . . .	100 gr.	Hervidos en agua salada.	Quitar con cuidado las espinas.	Con media salsa de escabeche.
Caviar.	50 gr.	Crudos.	Caviar ruso poco salado.	—
Arroz.	50 gr.	En puré. colado.	Arroz rompiéndose al cocer.	—
Espárragos. . .	50 gr.	Hervidos.	Solamente las partes blandas.	Con un poco de manteca.
Huevos estrellados.	2	Con un poco de manteca reciente y sal.	—	—
Tortilla de huevos esponjosa.	Dos porciones	Con 20 gr. de azúcar.	Bien esponjosa.	Comerla en seguida.
Confitura de frutas.	50 gr.	Frutas hervidas.	Sin película y sin cuesco.	—
Vino tinto. . .	100 gr.	Burdeos ligero puro.	O un vino análogo natural.	Templado.

Entre los regímenes generales, podemos también citar los de otros autores, principalmente los cuadros de Alb. Mathieu, pero en este sencillo resumen nos es imposible extendernos sobre todos los detalles del régimen de los enfermos del estómago y del intestino. Wegele ha publicado últimamente un librito muy práctico de cocina higiénica.

Nos limitaremos á indicar el empapujamiento, la sobrealimentación y la alimentación por la sonda. Estos diferentes procedimientos únicamente pueden emplearse en casos especiales.

VIII

De los medicamentos

Únicamente nos ocuparemos de los medicamentos considerándolos en general y prescindiendo por ahora de las indicaciones especiales. Por lo demás, el tratamiento medicamentoso de las afecciones gastro-intestinales es puramente sintomático.

Estudiaremos sucesivamente los medicamentos destinados á modificar el peristaltismo, las secreciones y las fermentaciones gastro-intestinales.

A. — MEDICAMENTOS QUE OBRAN SOBRE EL PERISTALTISMO GASTRO-INTESTINAL

1.° *Vomitivos.* — Desde que se ha vulgarizado el lavado del estómago, el empleo de los vomitivos es mucho más limitado; sin embargo, hay casos agudos en los que su empleo es útil.

A este efecto se utilizan generalmente el *tártaro estibiado*, la *ipecacuana* y la *apomorfina*.

2.° *Purgantes.* — Son extremadamente numerosos; su empleo es limpiar rápidamente el intestino de su contenido ó modificar el estado de la mucosa.

Según los experimentos de Thiry, Radziejewski, etc., los purgantes obran excitando los nervios sensitivos de la mucosa intestinal y provocando un reflejo en los centros destinados á regularizar los movimientos del intestino. Estos centros se encuentran no solamente en el sistema nervioso central, sino también en los numerosos ganglios situados en la pared del intestino.

Emminghans ha llamado asimismo la atención sobre el papel de los esplácnicos.

Además, los purgantes violentos provocan una trasudación abundante de líquido dentro del intestino, la cual favorece la producción de deposiciones líquidas.

La administración de un purgante, seguida de diarrea, tiene por efecto constante disminuir la duración de la permanencia de los alimentos dentro de la cavidad gástrica (Schmidt y Schwaneberger). De entre los purgan-

tes citaremos, empezando por los más suaves y terminando por los más activos: el *maná, tamarindo, azufre, magnesia calcinada, aceite de ricino, sulfato de magnesia* y *sulfato de sosa, calomelanos, belladona, ruibarbo, evonimina, cáscara sagrada, áloes, sen, jalapa, gutagamba, podofilino, coloquíntida, citrulina*, y por último el *aceite de crotón.*

C. — *Sedantes.* — Cuando se practica una inyección subcutánea de morfina, al poco rato se encuentra este medicamento en el jugo gástrico.

Esta trasudación dura próximamente una hora. En el jugo gástrico de los morfinómanos, apenas se encuentran indicios de ácido clorhídrico (Hitzig).

La *morfina* disminuye la digestibilidad de las substancias amiláceas.

Por último, el opio y la morfina dificultan la absorción intestinal y disminuyen el peristaltismo excitando los nervios enfrenadores.

La *atropina* obra del mismo modo, pero menos enérgicamente.

Los opiados ofrecen inconvenientes puestos de manifiesto por Hayem. Si calman el dolor, tienen un efecto excitante; en ciertos hiperclorhídricos aumentan la proporción de ácido clorhídrico puesto en libertad y la hipersecreción gástrica.

Germán Sée ha recomendado como sedantes el extracto de *cannabis indica* y el *bromuro de estroncio;* con el mismo objeto se emplean el *agua clorofórmica* y el *clorhidrato de cocaína.*

El *fosfato de sosa* á alta dosis (de 4 á 6 gramos) produce efectos sedantes.

Hemos de mencionar también, entre los sedantes, el *paraldehido*, el *uretano*, el *sulfonal*, el *cloramido* y el *trional.*

El sulfonal y el trional no parecen tener perniciosa influencia sobre el tubo digestivo, á condición, sin embargo, de no prolongar su uso.

B. — MEDICAMENTOS QUE OBRAN SOBRE LAS SECRECIONES

Deben éstos tener por objeto modificar químicamente la composición de los jugos ó aumentar su producción.

1.° *Acidos.*—La introducción de los ácidos en la terapéutica data de muy remotos tiempos. Haller y Sydenham prescribían ya el ácido nítrico y el ácido sulfúrico.

Hasta nuestros días, apenas se han empleado otros ácidos que los minerales y, desde Trousseau, casi exclusivamente el *ácido clorhídrico.*

Entre los ácidos orgánicos, el *ácido cítrico,* pero sobre todo el *ácido láctico,* son los que más se han utilizado; este último ha tomado en la

terapéutica muchísima importancia debida á las investigaciones de Hayem.

Considerándose el ácido clorhídrico como segregado en estado de libertad por la mucosa gástrica, se había creído que el empleo de este ácido estaría muy indicado en los casos en que pareciese insuficiente en cantidad el ácido contenido en el jugo gástrico.

Esta deducción sería falsa si se admitiese, con Hayem y Winter, que el ácido libre del jugo gástrico no representa más que un exceso de ácido, puesto en libertad en un momento determinado. De modo que podría creerse que falta ácido clorhídrico en casos en que, sin embargo, existiese en gran cantidad. Por esto nunca se advertirá suficientemente á los médicos la necesidad de no prescribir á la ligera el ácido clorhídrico, sin saber realmente si la proporción de este ácido ha disminuído de un modo notable ó si tal vez ha llegado á desaparecer totalmente del jugo gástrico. En los casos en que es suficiente la cantidad de ácido clorhídrico, sería inútil prescribirlo; y seguramente sería perjudicial en los casos en que este ácido se produjese con exceso.

Como en el momento de la digestión la proporción de ácido clorhídrico es de 2 por 1000, cuando se presenta el caso de faltar este ácido, se dará cada media hora (XX gotas de ácido clorhídrico diluídas en 100 gramos de agua).

Algunos autores (Boas, Henne) pretenden que el ácido clorhídrico ingerido de nada sirve para la digestión; todo lo más obrará sobre los albuminoides cuando éstos se encuentren en el estómago.

Du Mesnil y Reichmann aseguran que el ácido clorhídrico ingerido provoca una hipersecreción de este ácido. Eichenberg pretende que disminuye la duración de la digestión gástrica.

2.° *Cloruro de sodio.*—Su efecto sobre la digestión no está exactamente determinado. Reichmann, Girard, etc., pretenden que disminuye la secreción del jugo gástrico, disminuyendo al propio tiempo la acidez; otros creen, por el contrario, que el uso repetido de pequeñas dosis de cloruro de sodio en forma de agua mineral aumenta la secreción de las glándulas del estómago.

Según Hayem, el cloruro de sodio es un excitante que agrava los trastornos químicos de la hiperpepsia.

3.° El *sulfato de sosa* disminuye la acidez total de los hiperpépticos.

4.° *Orexina.*—Penzoldt es el primero que ha estudiado este medicamento (fenildihidro-quinazolina) bajo la forma de cloruro y de base. Emplea principalmente esta segunda forma: este medicamento dismi-

nuye la duración de la digestión gástrica y despierta el apetito en la mitad de los anoréxicos, aumentando la producción del ácido clorhídrico y favoreciendo los movimientos peristálticos y los fenómenos de reabsorción. La dosis diaria es de 0^{gr},30 y puede elevarse hasta 40 y 50 centigramos. Este medicamento debe suspenderse á los ocho ó diez días de usarlo, no prescribiéndose en los casos de hiperclorhidria, úlcera simple ó nefritis.

5.° Los *amargos* son muy empleados en el tratamiento de las afecciones gastro-intestinales. Durante mucho tiempo se ha pretendido que abren el apetito y estimulan las funciones digestivas.

Los numerosos trabajos publicados por Jaworski, Reichmann, Tcheltzow, Marcone y Eichenberg demuestran al parecer que su eficacia es dudosa y hasta que su empleo prolongado puede tener inconvenientes.

Según Reichmann, un amargo únicamente aumenta la secreción del jugo gástrico cuando ha desaparecido ya del estómago; por lo cual es de regla tomar estas substancias media hora antes de las comidas.

Unos como la *genciana*, la *quina*, la *cuasia*, la *cascarilla*, el *colombo*, el *condurango*, el *ruibarbo*, etc., se emplean á altas dosis, en forma de vino, tintura y maceración, y otros á pequeñas dosis, como la *nuez vómica* y la *estricnina*.

6.° Hemos de mencionar también las *especias:* pimienta, mostaza y una serie de condimentos que contienen aceites esenciales. Su empleo puede ser peligroso y nada demuestra que sea útil.

7.° *Alcohol.* — Pocas substancias hay que hayan motivado tantos estudios y experimentos. Parece averiguado que escasas dosis de una fuerte mezcla de alcohol ó dosis medianas de una mezcla débil (cerveza, alcohol), no tienen acción perniciosa sobre la digestión estomacal en el hombre sano, y esto porque permanecen poco en el estómago (Brande).

A débil dosis el alcohol disminuye la duración de la digestión gástrica y estimula las secreciones. A fuertes dosis, por el contrario, disminuye las secreciones y retarda considerablemente la digestión.

8.° *Fermentos.* — Durante mucho tiempo éstos han disfrutado de gran favor; mas hoy día se les concede mucha menos importancia, porque se ha reconocido que rara vez se necesitaban.

La eficacia de la *pepsina* es muy problemática. Los experimentos de Bourget y los de Georges han demostrado que la adición de pepsina al jugo gástrico nada influye sobre la digestión.

Hayem no se determina á fijar su opinión sobre el valor de este medicamento.

La *pancreatina* parece ser más eficaz y por esto se prescribe más

que la pepsina, sobre todo en los casos en que la secreción gástrica está suprimida ó disminuída; pero nada se sabe de cierto sobre su acción.

La *papaína*, producto del jugo del *Carica papaya*, es un fermento digestivo vegetal, que puede disolver de 1000 á 2000 veces su peso de fibrina, lo mismo en un medio neutro ó alcalino que en un medio ácido.

Se ha introducido también en la terapéutica la *maltina* (Coutaret) que existe en la cebada germinada, creyendo que las dispepsias son debidas á una insuficiencia de la digestión salival de las substancias amiláceas.

Pues bien, lo cierto es que no existe tal dispepsia salival.

C. — ANTISEPSIA GASTRO-INTESTINAL

Después de los trabajos de Bouchard se ha tratado de alcanzar la antisepsia del tubo digestivo por una serie de medicamentos; unos destinados á inhabilitar los factores de la fermentación y otros á destruir los productos de la misma.

1.° Podemos procurar eliminar mecánicamente y á beneficio de *lavados*, *vomitivos* y *purgantes*, los gérmenes contenidos en el tubo digestivo. Podemos intentar destruirlos, pero el efecto es á menudo muy incompleto. A este fin se han empleado sucesivamente la *creosota*, el *ácido fénico*, los *calomelanos*, el *saliciluto de bismuto*, el *dermatol*, la *naftalina*, el *naftol*, el *benzo-naftol*, la *resorcina*, el *ictiol*, el *salol*, el *betol*, el *xeroformo*, el *salacetol*, etc.

Para destruir los productos de la fermentación gastro-intestinal se ha recurrido á los ácidos, y principalmente al *ácido clorhídrico*, preferentemente prescrito por Bouchard á título de antiséptico de las vías digestivas.

El *ácido láctico* está sobre todo indicado contra los trastornos de la digestión intestinal en los niños, principalmente en la diarrea verde.

2.° Las fermentaciones anormales pueden provocar la formación de ácido clorhídrico en exceso, de ácido butírico y de otros ácidos grasos.

En estos casos hemos de recurrir á la *medicación alcalina*.

El tipo de los alcalinos es el *bicarbonato de sosa* puro ó disuelto, como se le encuentra en diversas aguas minerales.

La acción del bicarbonato de sosa es diferente según se administre antes, durante ó después de las comidas, y según también las dosis empleadas.

Desde las investigaciones de Blondlot y las de Cl. Bernard, se admite que el bicarbonato de sosa tomado á pequeñas dosis antes de las co-

midas excita la secreción ácida y que sus efectos se caracterizan por el aumento de apetito.

Los dosis fuertes usadas antes y después de las comidas entorpecerían la secreción del jugo gástrico y neutralizarían el ácido libre.

Las investigaciones de Gilbert y Hayem confirman estos datos.

El bicarbonato de sosa es un excelente medicamento, pero su acción debe ser atentamente vigilada. Por lo demás, sus efectos continúan á lo largo del intestino, y según Heidenhain, facilitaría la digestión pancreática. Por último, los alcalinos tienen, al parecer, evidente acción sobre la secreción biliar aumentándola.

Las dosis altas son en general bien toleradas; Germán Sée y Huchard han demostrado evidentemente el poco fundamento de los temores de los alcalinófobos.

Con el mismo objeto podemos servirnos del *bicarbonato de potasa* ó de *magnesia*, de la *magnesia calcinada*, descarbonatada, del *hidrocarbonato de magnesia*, del *polvo de talco* (silicato de magnesia), etc.

Según Boas, la magnesia es lo que mejor satura el ácido clorhídrico.

En el capítulo que trata de las «aguas minerales» hallaremos la acción del agua de *Karlsbad*.

En el extranjero se prescribe con frecuencia la *sal de Karlsbad* extraída del agua de este nombre, cuya composicion es la siguiente:

Sulfato de sosa.	37,695 por 100
Cloruro de sodio.	0,397 —
Carbonato de sosa.	5,997 —
Sulfato de potasa.	indicios.
Agua de cristalización.	55,520 por 100

Esta sal puede administrarse en agua natural ó en la misma agua mineral calentada hasta la temperatura de unos 30 grados centígrados.

3.° *Carminativos.*—Se emplean la *menta piperita*, el *anís estrellado*, la *manzanilla* y la *melisa*. Estas hierbas se usan en infusión, y probablemente no tienen otro efecto que el del agua caliente que ha servido para su preparación.

Se emplean para combatir la flatulencia, de igual modo que la *magnesia calcinada* á altas dosis, el polvo de *carbón*, el *bromuro de calcio* (Germán Sée), etc.

La acción de estos medicamentos es muy problemática.

4.° Por último, hemos de mencionar, entre los medicamentos *astringentes*, el *nitrato de plata*, que tiene por efecto disminuir la hipersecreción del jugo gástrico; el *tanino*, el *tanígeno*, insoluble en el

estómago, pero cuya acción astringente se desarrolla en el intestino, la *tanalbina*, el *acetato de plomo* y el *alumbre*.

D. — MEDICACIONES COMPLEMENTARIAS

Las *inyecciones intravenosas* salinas y la *transfusión sanguínea* constituyen recursos supremos en los casos de hemorragia.

Inhalaciones de oxígeno; aeroterapia.—Nos limitaremos á mencionar estos medios destinados á levantar el apetito y á corregir los vómitos en los dispépticos, cloróticos y brighticos.

Seroterapia.—Basta que señalemos aquí los ensayos, por lo demás infructuosos, que se han hecho por este camino.

IX

Aguas minerales

Los efectos de las aguas minerales son indudables; no obran precisamente procurando la curación de tal ó cual afección determinada del tubo digestivo, sino por el intermedio de diferentes factores; las substancias medicamentosas contenidas en el agua tomada en mayor ó menor cantidad, la temperatura del agua, la modificación del régimen, el cambio de localidad, el apartamiento de las preocupaciones de todo género, el cambio de altitud, los paseos al aire libre, etc.

La elección de una estación balnearia no es indiferente, y por consiguiente para elegir en un caso concreto la más útil, conviene que el médico esté bien seguro del diagnóstico. Un error de este género puede ser perjudicial, y sería de desear que los prácticos estuviesen más al corriente de la acción é instalación de las principales estaciones.

Si bien hemos de confesar que las indicaciones precisas de las aguas minerales no están todavía bien determinadas, tampoco es del caso permitir que la estación escogida dependa pura y exclusivamente del deseo de complacer al enfermo.

Las aguas minerales más comúnmente empleadas en el tratamiento de las afecciones gastro-intestinales son: las acídulas, las alcalinas y clorurado-alcalinas, las alcalino-salinas, las clorurado-sódicas, las ferruginosas, las calcáreas y las purgantes.

A.—Las *aguas acídulas* deben su acción al ácido carbónico y á la presencia de algunas sales. Tienen un gusto agradable, despiertan en general el apetito y excitan probablemente la secreción gástrica.

Hemos de citar en Francia las aguas de *Pougues*, las de *Saint-Galmier*, *Soultzmatt*, *Couzan*, *Renaison*, *Châteauneuf*, *Saint-Alban*. En el extranjero las aguas de *Apollinaris*, *Gerolstein* y *Tœnnisstein*, en la Prusia Renana; *Teinach*, en el Würtemberg, y *Giesshübel* y *Krondorf* en Bohemia, cerca de Karlsbad.

B.—Las *aguas alcalinas y clorurado-alcalinas*.

Las primeras contienen bicarbonato de sosa y ácido carbónico; las segundas contienen además una pequeña cantidad de cloruro de sodio.

Bajo toda probabilidad el bicarbonato de sosa es el que obra en estas aguas. Su efecto consiste en neutralizar la acidez del jugo gástrico, provocar la formación de ácido carbónico y excitar los movimientos peristálticos.

Se ha pretendido también que tenía una acción disolvente sobre el moco y que activaba la secreción del ácido clorhídrico y de la bilis.

Asimismo hay que tener en cuenta para el uso de estas aguas la acción de su temperatura, sea natural, sea artificial.

Hemos de hacer especial mención de las aguas de *Vichy*, *Valz*, *Birresborn*, *Fachingen*, *Bilin*, *Obersalzbrunn*, *Gleichenberg*, *Ems* y *Selters*.

C.—*Aguas alcalino-salinas*.

Contienen principalmente sulfato de sosa, bicarbonato de sosa, cloruro de sodio y ácido carbónico.

Las aguas de *Karlsbad* son el prototipo de estas aguas. Sus efectos consisten en neutralizar la acidez del jugo gástrico, aumentar los movimientos peristálticos obrando al mismo tiempo por su temperatura.

Como además tienen una acción purgante, estimulan el apetito y favorecen la circulación abdominal.

La secreción del jugo gástrico resulta con seguridad aumentada.

El agua de Karlsbad produce estos diferentes fenómenos usada á pequeñas dosis y no á dosis altas.

Entre las aguas alcalino-salinas, hemos de citar en primer término los manantiales de Karlsbad; son éstos bastante numerosos y se distinguen principalmente por sus variaciones de temperatura que oscila entre 50 y 73°; contienen por término medio de 2 á 3 por 100 de sulfato de sosa.

Las aguas de *Brides* se aproximan mucho á las de Karlsbad, siendo los carbonatos reemplazados por el sulfato de cal.

Entre estas aguas alcalino-salinas unas son frías, como *Châtel-Guyon*, *Elster*, *Franzensbad*, *Marienbad*, *Rohitsch*, *Tarasp*, y otras calientes como *Karlsbad* y *Bertrich*.

Las aguas de *Elster* y las de *Marienbad* son preferibles á las de

Karlsbad en los casos de paresia intestinal; las aguas de Tarasp deben emplearse principalmente en los casos de dispepsia nerviosa.

Hemos de citar también las aguas de *Saint-Nectaire,* cuya mineralización es notable; en ellas, el cloruro de sodio y el bicarbonato de sosa van asociados en partes iguales (aproximadamente 2 gramos por litro), y confieren á estas aguas propiedades excitantes.

Szézawinca en Galizia. El manantial Magdalena contiene el 8,4 por 100 de bicarbonato de sosa y 4,6 por 100 de cloruro de sodio.

D. — *Aguas clorurado-sódicas.* — Estas aguas únicamente deben emplearse cuando su proporción de sal no pasa del 1 por 100. La experimentación parece demostrar que el cloruro de sodio obra desfavorablemente sobre la digestión gástrica; prácticamente parece suceder lo contrario.

En todo caso, estas aguas son ligeramente purgantes. No tienen ninguna acción sobre el hígado ni sobre el páncreas.

Se prescriben generalmente en la gastritis con hipoclorhidria ó hasta en ausencia del ácido clorhídrico.

Están contraindicadas en los casos de quimismo exagerado, de atonía ó dilatación del estómago con estenosis.

De entre los principales manantiales citaremos los siguientes: *Bourbonne, Bourbon-l'Archambault, Bourbon-Lancy, Balaruc;* en el extranjero: *Nauheim, Hombourg, Kissingen, Wiesbaden, Baden, Mergentheim, Pyrmont, Baden-Baden.*

E. — *Aguas ferruginosas.*—Se emplean principalmente en las dispepsias crónicas, cuando son al mismo tiempo alcalinas ó salinas; obran al mismo tiempo contra la constipación habitual que acompaña á todas las anemias.

Citaremos en primer término *Orezza, Bussang, Franzensbad* y *Elster, Reinezzer, Cudowa* en Silesia; *Rippoldsau* y *Bertrich* en la Prusia Renana, etc.

F.—*Aguas calcáreas.*—Obran principalmente en los casos de catarro del intestino delgado con tendencia á la diarrea. Pueden utilizarse como aguas de mesa, y se emplean principalmente las de *Contrexéville, Vittel, Wildungen, Driburg, Lippspringe, Rappoltsweiler, Coburg, Auerbach, Weissenburg,* etc.

G.—*Aguas purgantes salinas.*—Contienen sulfato de sosa. Están indicadas en los casos de constipación habitual, plétora abdominal y hemorroides.

Están contraindicadas en la úlcera simple, en los efectos consecutivos de la tiflitis, etc.

Las aguas más empleadas son las de *Hunyadi, Birmenstorff, Pullna, Montmirail, Châtel-Guyon*, etc.

Citaremos igualmente las *aguas sulfurosas* y principalmente las de *Cauterets* (manantial de *Mauhourat)* que es sulfuroso sódico; las de *Olette* (manantial *San Luis)*, que pueden utilizarse en ciertas formas de dispepsias y, por último, entre las aguas indeterminadas, *Plombières*, cuya acción es tan conocida.

X

Climatoterapia

En los casos de trastornos puramente funcionales del estómago ó del intestino, sin substrátum anatómico, ó de neurosis del tubo digestivo, conviene principalmente que el enfermo cambie de medio y de clima, que modifique su régimen y su manera de vivir.

Los baños de mar, la permanencia á orillas del mismo, los viajes marítimos, los climas de altitud, y á veces la simple residencia en el campo ó en países poblados de bosque, producen excelentes resultados. Ciertos dispépticos digieren hasta los alimentos considerados indigestos desde el momento que empiezan un viaje.

La residencia á orillas del mar es en general útil á los enfermos faltos de apetito, decaídos física y moralmente, enflaquecidos y molestados por la astricción de vientre. Algunos enfermos se encuentran muy bien con los baños; otros, nerviosos, impresionables, en estado de anorexia nerviosa y con insomnio, no toleran los baños, ni tan siquiera la permanencia cerca del mar. Por otra parte, es á menudo difícil someter estos enfermos á un régimen apropiado en las estaciones marítimas.

A ciertos neurasténicos gástricos les sienta bien un prolongado viaje por mar, en donde se ven sujetos á un obligado y saludable reposo.

A los climas de altitud hemos de mandar los pletóricos con tendencia á la constipación, los dispépticos y anémicos y los neuróticos física é intelectualmente cansados.

Tratamiento complementario.— Sanatorios.— La permanencia en un establecimiento especial destinado al tratamiento de las enfermedades del estómago y del intestino es á veces indispensable para la curación de estos enfermos.

En estos sanatorios cerrados se encuentra una vigilancia médica constante, una dirección inteligente, una alimentación escogida y una dis-

ciplina severa, que ponen al enfermo al abrigo de las indiscreciones higiénicas.

Establecimientos de esta índole los hay en Alemania *(Kissingen, Wiesbaden, Baden-Baden)*, y en Suiza *(Nidelbad, Laussanne)*. Es de sentir que no los haya en Francia, sobre todo en Vichy.

El tratamiento en un sanatorio está particularmente indicado en los casos de úlcera simple del estómago ó del duodeno, en las ectasias gástricas, en las neurosis, en la enteroptosis y en los catarros crónicos del intestino.

El enfermo encuentra en estos establecimientos el reposo moral tan necesario para el tratamiento de las afecciones que predisponen principalmente á la melancolía y á la hipocondría, y sobre todo la instalación necesaria para todos los tratamientos complementarios (masaje, electricidad, hidroterapia).

Pero lo que principalmente importa es escoger una estación bien aireada; el dispéptico, que es á menudo un candidato á la tuberculosis, debe vivir al aire libre noche y día, y esta ventilación absoluta tan sólo puede hacerse de un modo conveniente en un sanatorio.

XI

Tratamiento hidroterápico.—Balneoterapia

El *tratamiento hidroterápico* constituye un precioso complemento de las demás formas de tratamiento; puede obrar como calmante ó como excitante.

La simple compresa fría y la envoltura de Priessnitz, prestan frecuentemente indudables servicios en el tratamiento de las enfermedades del estómago y del intestino. Conviene, sin embargo, vigilar la aplicación de este modo de tratamiento y cubrir la servilleta mojada de una capa de tejido impermeable y de una venda de franela que cierre herméticamente toda la cura, á fin de evitar la evaporación que, tratándose de enfermos impresionables, podría exponer á los órganos á variaciones bruscas de temperatura.

Se emplean igualmente la sábana mojada, las fricciones con la servilleta mojada, el semicupio y las duchas escocesas.

Winternitz ha recomendado, lo mismo en el tratamiento de las neurosis que en el de las afecciones orgánicas (úlcera simple, dilatación del estómago), el empleo combinado de la envoltura abdominal mojada y fría,

cubierta de una venda seca y de una corriente de agua caliente á 40° que circule dentro de dos tubos de caucho aplicados sobre la cura.

Las aplicaciones calientes (compresas, cataplasmas) alivian las manifestaciones dolorosas.

En ciertos casos pueden ser útiles las aplicaciones frías de alguna duración en el intestino grueso.

Con este objeto Winternitz ha imaginado un aparato compuesto de una pequeña vejiga prolongada; en el centro se encuentra una cánula de doble corriente que comunica con un inyector. De esta manera la vejiga está irrigada continuamente por una corriente de agua que se renueva.

Los baños de asiento en agua corriente, de tres á cinco minutos de duración, seguidos de fricciones, prestan servicios en los casos de plétora abdominal con hemorroides en los obesos y en los enfermos atacados de constipación pertinaz.

Los resultados del tratamiento hidroterápico son distintos según los enfermos.

En unos, esta medicación es calmante y tónica; en otros, produce excitación, especialmente en la neurastenia, en la que muchas veces agrava los síntomas.

De todos modos, este tratamiento deberá aplicarse siempre en un establecimiento hidroterápico; podrá asociarse á él el masaje y la electricidad.

Los baños calientes, baños de agua mineral, salados, sulfurosos, seguidos ó no de duchas ó de fricciones con masaje, constituyen uno de los importantes medios complementarios del tratamiento en las estaciones balnearias.

XII

Métodos de tratamiento físico

A. — LAVADO DEL ESTÓMAGO

A Casimiro Renaut (1802) es á quien pertenece el honor de haber sido el primero que propuso la evacuación mecánica del estómago como remedio de los envenenamientos; pero hay que llegar á los trabajos de Kussmaul (1869-1870) para ver que el lavado del estómago entraba en la terapéutica usual. El procedimiento de Kussmaul y de sus primeros imitadores no era nada sencillo; empleaba una bomba aspirante con sonda esofágica rígida, y uno de los principales inconvenientes del instrumento

era la rasgadura ó el arranque posible de colgajos de la mucosa. El sifón sustituyó al poco tiempo tiempo á la bomba, y la sonda blanda al tubo rígido.

En este momento en que los inventores complicaban sin utilidad la instrumentación del lavado del estómago, es cuando Faucher (1882) inventó un aparato muy ingenioso y casi perfecto.

Se compone de un tubo de caucho rojo, que mide $1^{m},50$ de longitud y de 8 á 12 milímetros de diámetro; sus paredes son bastante gruesas para que su calibre no pueda ser ocluído por las contracciones de los músculos esofágicos. En su extremo gástrico tiene un orificio circular y una hendidura lateral. Al extremo opuesto se adapta un embudo. Una señal, situada á 50 centímetros del extremo gástrico, permite limitar la introducción de la sonda.

Después de este aparato vino la sonda de doble corriente de Audhoui; luego Debove modificó ligeramente el tubo de Faucher, sustituyendo la sonda blanda por una sonda más rígida, que permite vencer más fácilmente las contracciones espasmódicas, pero lo suficientemente flexible, sin embargo, para evitar los traumatismos. Se compone de dos partes unidas por un armazón metálico; la parte esofágica mide 50 centímetros, y la otra, completamente blanda, tiene 50 centímetros.

En 1883 Reichmann propuso una sonda de doble corriente; empleaba un tubo de Faucher provisto lateralmente de un segundo tubo de caucho de paredes delgadas y de pequeño calibre, por el cual se introduce el líquido lavador.

Los aparatos de Ruault y de Frémont no son superiores al tubo de Faucher.

En Alemania se emplea mucho el aparato de Leube-Rosenthal, compuesto de un irrigador á cuyo tubo se adapta un armazón en forma de Y, cuyas dos ramas laterales están provistas de dos tubos de caucho.

En algunos casos en que la sonda se obstruye por la presencia de numerosos residuos, ó en el caso de envenenamiento, se emplea también la bomba estomacal de Sülzer ó de Schliep. Bourget, de Lausana, emplea una gruesa sonda esofágica de Jacques, á la que adapta un aparato para enema que le sirve para proyectar el líquido á la cavidad gástrica; indudablemente es el aparato más sencillo y más práctico.

El lavado del estómago es una operación de las más fáciles, pero la emotividad del enfermo, que hay que calmar ante todo, lo complica algunas veces.

Se coloca el médico delante del enfermo, y deprimiendo la base de la lengua con el índice de la mano izquierda, se introduce, lo más lejos

posible y haciéndola deslizar por la pared posterior de la faringe, la extremidad semirrígida del tubo.

Puede embadurnarse esta extremidad con glicerina ó vaselina, pero lo más sencillo es mojarla. Se ruega al enfermo que haga movimientos de deglución, y por medio de una presión ligera se hace penetrar rápidamente el tubo en el esófago y después en el estómago.

El enfermo debe respirar con libertad, lo que impide la congestión excesiva de la extremidad cefálica y permite asegurarse de que la sonda ha penetrado realmente en el esófago. Haciendo respirar al enfermo con regularidad, bastante aprisa y profundamente, se evitan también las náuseas y los vómitos.

Desde que el tubo está introducido, el enfermo debe inclinar la cabeza muy hacia adelante para facilitar la salida de la saliva, cuya hipersecreción está aumentada por el paso de la sonda.

Cuando los enfermos son demasiado impresionables, es bueno invitarles á que hagan movimientos de deglución para tragar la sonda. Este medio generalmente da buen resultado.

Una vez introducido el tubo, se llena el embudo del líquido destinado al lavado y se eleva luego más alto que la cabeza del enfermo. Cuando el líquido está próximo á desaparecer, se baja rápidamente el embudo hasta un nivel inferior al de la cintura. El agua fluye por el procedimiento del sifón arrastrando con ella los residuos alimenticios, el moco, etc., que pueden estar contenidos en el estómago. Se repite esta operación tantas veces cuantas sean necesarias para que el agua salga limpia. Con el procedimiento de Bourget el embudo resulta inútil. Hay que retirar la sonda suavemente, invitando al enfermo á que haga movimientos de deglución para evitar regurgitaciones á veces molestas.

No debe olvidarse nunca de comprobar la temperatura del líquido destinado al lavado; no debe ser demasiado caliente ni demasiado frío.

La primera sesión de lavado á veces es molesta, pero la tolerancia se establece, en general, muy pronto.

Si la hiperestesia de la faringe hace casi imposible la introducción de la sonda, se recurrirá á las embrocaciones de cocaína ó á un poco de bromuro.

El lavado, en general, no tiene ningún peligro. En algún caso se ha introducido el extremo del tubo en la laringe; es ésta una falta operatoria fácil de evitar empleando una sonda de grueso calibre.

El tubo puede arrollarse en el fondo de la boca; este accidente es tanto menos posible cuanto más grueso sea el tubo.

Las lesiones de la mucosa son muy raras y sin importancia; no se

producen sino á consecuencia del empleo de la bomba ó de sondas demasiado duras.

En cuanto á la hemorragia, es de temer en los casos de úlcera ó de cáncer; en estas condiciones es mejor abstenerse. Por otra parte, es un accidente muy raro y la hemorragia consecutiva al lavado no es tan seria como podría creerse.

Se ha indicado también otro accidente consecutivo al lavado, que es la tetania. Se produce muy raras veces. Kussmaul la ha atribuído á la deshidratación brusca producida por la evacuación de gran cantidad de líquido. Bouveret y Devic la han observado, sin embargo, independientemente de todo lavado, en los dilatados hiperclorhídricos.

No debemos ocuparnos en este sitio de las indicaciones del lavado del estómago.

Hay que abstenerse de esta intervención en todo enfermo que haya presentado hemorragia, en los cardíacos atacados de trastornos de compensación grave, en los aórticos que tengan un aneurisma y en los enfermos que presenten lesiones pulmonares adelantadas.

Para el lavado del estómago raras veces se utiliza el agua pura, pues casi siempre esta pequeña operación va asociada á una acción medicamentosa.

Se emplean sobre todo las soluciones alcalinas naturales (agua de *Vichy*, *Vals*, *Royat*, *Saint-Nectaire*, *Châtel-Guyon*, *Karlsbad)* ó artificiales *(bicarbonato de sosa* al 10 ó al 30 por 1000).

Se han empleado también otras sales de sosa: el *cloruro de sodio* al 10 por 1000 y el *sulfato de sosa* al 10 por 1000. Estas soluciones están destinadas sobre todo á disolver el moco que, con frecuencia, recubre la mucosa de una capa viscosa adherente, que aglutina los residuos alimenticios.

Con el objeto de obrar sobre ciertas lesiones gástricas, puede introducirse una solución medicamentosa en la cavidad estomacal, dejarla allí durante algunos minutos y después lavar el estómago con algunos litros de agua.

Se ha intentado dificultar las fermentaciones con soluciones antisépticas, especialmente la *resorcina* (10 á 20 por 1000), el *ácido bórico* (30 por 1000), el *timol* (5 por 1000), el *permanganato de potasa* (5 por 1000), el *benzoato de sosa* (10 á 30 por 1000), el *agua cloroformada*, el *agua sulfocarbonada*, la *creolina*, el *nitrato de plata* al 1 ó al 2 por 1000, el *salicilato de sosa* y el *ácido salicílico*. Hoffmann y Penzoldt preconizan los lavados con una solución de *ácido clorhídrico* al 2 por 1000.

Por último, en los casos de úlceras antiguas ó de inflamación de la

mucosa gástrica, se ha preconizado el empleo del *subnitrato* ó del *salicilato de bismuto;* después del lavado se introducen en la cavidad gástrica de 10 á 20 gramos de bismuto mezclados con un cuarto de litro de agua.

B. — DUCHA GÁSTRICA

Se entiende por ducha gástrica la irrigación del estómago, con presión fuerte, estando vacío el órgano. Por este medio se ha intentado calmar las gastralgias violentas (Malbrane) ó despertar la contractilidad del estómago (Rosenheim).

Para la ducha puede servir una sonda blanda ordinaria provista de una serie de orificios laterales ó una sonda de Nélaton que comuniquen con un aparato de válvula (Einhorn).

Se emplea generalmente el agua caliente ó agua cargada de *ácido carbónico*, *agua cloroformada* (cloroformo 50 gramos; agua 1 litro), una solución de *cloruro de sodio* al 4 por 1000, soluciones de *nitrato de plata* al 1 por 1000.

Los resultados serían mejores que los del lavado simple.

C. — INSUFLACIÓN ARTIFICIAL DEL ESTÓMAGO

La distensión artificial del estómago por los gases es conocida desde hace algunos años como medio de diagnóstico. Poltowicz, bajo la inspiración de su maestro el profesor Roux, de Lausana, hizo de ella un medio corriente de investigación. El único instrumento es una sonda esofágica de pequeño calibre; la insuflación se hace por medio de la boca. El profesor Bourget emplea una doble pera de caucho para la insuflación; de este modo puede determinar el volumen de aire insuflado.

D. — IRRIGACIÓN INTESTINAL (ENTEROCLISIS)

La irrigación intestinal se aplica en los casos de estancación de materias fecales, de constipación pertinaz, en las colitis seudo-membranosas, en las afecciones febriles como la fiebre tifoidea, la disentería y el cólera, en las que interesa desembarazar el intestino grueso de los residuos acumulados.

Hay que abandonar los antiguos aparatos, como el cliso-bomba, las peras, el enema y reemplazarlos por un inyector. De este modo, por un procedimiento muy sencillo, se llega á hacer penetrar en el intestino grandes cantidades de líquido, que se expulsan al cabo de un tiempo más ó

menos largo. También, como en el lavado del estómago, puede hacerse penetrar y salir sucesivamente el líquido, levantando ó bajando el reservorio, de manera que se obtenga un verdadero lavado intestinal. La válvula de Bauhin puede también franquearse cuando no se emplea una presión demasiado fuerte. Por otra parte, es fácil regularizar la presión levantando progresivamente el recipiente.

El aparato se compone de un recipiente, de un tubo de caucho y de una cánula. El recipiente puede ser de vidrio ó de metal; un simple inyector vaginal puede servir muy bien para este objeto; debe poder contener unos dos litros de líquido.

Es bueno tener un aparato provisto de un nivel; de esta manera el enfermo puede darse cuenta de la cantidad de líquido introducido.

Es necesario que la cánula tenga cuando menos 15 centímetros de longitud. Para las irrigaciones profundas hay que emplear una cánula de 40 centímetros.

La cánula debe tener cerca de un centímetro de diámetro; de este modo se desliza con más facilidad.

La cánula estará provista de un orificio terminal y de orificios laterales.

Es mejor emplear cánulas de goma blanda que cánulas rígidas. Estas cánulas tienen una espita que el enfermo puede maniobrar á voluntad.

El enfermo se acostará sobre el lado izquierdo ó se colocará en la posición genu-pectoral.

Cuando los enfermos toman duchas ascendentes, especialmente en los establecimientos de baños en los que el aparato está adaptado á los retretes, se colocan generalmente de pie, con la parte superior del cuerpo inclinada hacia adelante; pueden apoyarse también en las rodillas.

Es necesario tener cuidado de dejar escurrir un poco de líquido antes de introducir la cánula, á fin de hacer salir el aire.

Cuando se emplea el inyector, se va levantando progresivamente una vez la cánula está colocada. Esta última debe aseptizarse y embadurnarse con vaselina. La corriente de líquido se interrumpe á veces; en este caso vale más retirar la cánula, cuyos orificios pueden estar obstruídos por materias fecales.

El líquido empleado generalmente es el agua pura, á la temperatura del cuerpo, ó añadiendo *glicerina*, *aceite de ricino*, *jabón*, *sal*, etc.

En los casos de constipación pertinaz se emplean con mucha utilidad abundantes enemas de *aceite de olivas* ó de *adormideras;* de este modo pueden inyectarse 400 ó 500 gramos de aceite en el adulto y de 50 ó 150 gramos en el niño.

El aceite emplea media hora para penetrar en el intestino. El intestino no está desembarazado hasta al cabo de tres ó cuatro horas.

Como desinfectantes ó astringentes, pueden mezclarse al líquido *naftol* (1 por 100), *ácido salicílico* (2 por 1000), *lisol* (1,5 por 100), *ictiol* (1 por 1000), *tanino* (5 por 1000), *percloruro de hierro* (1 por 1000), *nitrato de plata* (0gr,10 á 0gr,30 por 1000), etc.

Como estas diversas substancias están destinadas á permanecer durante cierto tiempo en el intestino, hay que mezclarlas con un poco de *tintura de opio* para disminuir los movimientos peristálticos.

Cuando se trata de hacer penetrar en el intestino grueso substancias medicamentosas (*opio*, *quinina*, *cloral*, etc.), destinadas á ser absorbidas, se emplea el antiguo cliso, una jeringa ó una pera de caucho provistas de una cánula.

Pueden emplearse también con el mismo objeto el supositorio ó un pequeño aparato compuesto de una cánula con agujeros laterales múltiples, de un reservorio en el que se introduce la pomada semilíquida y de un tornillo de presión; haciendo girar este último el medicamento se reparte por toda la mucosa del recto.

En ciertos casos de oclusión intestinal, puede recurrirse á la *insuflación* del intestino.

E. — ENEMAS ALIMENTICIOS

Tienen por objeto la alimentación por el recto en los casos en que no puede realizarse la alimentación bucal.

Hay que recordar que la mucosa rectal no goza más que de un poder digestivo muy limitado; en cambio su facultad de absorción es muy notable; así es que el azúcar, las peptonas, las materias albuminoideas disueltas y la grasa emulsionada son absorbidas por el intestino grueso. Este método de alimentación no puede ser más que transitorio y excepcional, y en todos los casos siempre es insuficiente.

Dujardin-Beaumetz recomendaba la mezcla siguiente: un vaso de leche, una yema de huevo, dos ó tres cucharadas de las de sopa de peptona líquida, 5 gotas de láudano y 1 gramo de bicarbonato sódico.

Leube, Boas y Ewald han indicado fórmulas de enemas nutritivos.

Leube recomienda una mezcla de carne finamente picada y de páncreas, de manera que la albúmina de la carne se transforme en peptonas solubles fácilmente asimilables. Pero no siempre es fácil encontrar páncreas de animales.

Ewald procura una mezcla de dos ó tres huevos, una cucharada de

agua y una pulgarada de sal. Se cuece una pulgarada de harina con una solución al 20 por 100 de azúcar de uva y un vaso de vino tinto; se deja enfriar á la temperatura del cuerpo y luego se vierte lentamente agitando la mezcla de huevos, añadiendo una cucharada de las de sopa de peptona de carne.

Jaccoud emplea la mezcla siguiente: caldo 250 gramos; vino 120 gramos; dos yemas de huevo; 4 á 20 gramos de *peptona* seca.

En algunos casos de deshidratación (ectasia gástrica, hemorragia), se han preconizado enemas de agua pura ligeramente salada, para retenerlos durante media hora. Al agua pueden mezclarse de una á tres cucharadas de las de sopa de coñac ó bien caldo (160 gramos) y 80 gramos de vino blanco.

Antes de hacer absorber un enema nutritivo, hay que lavar el intestino grueso con cosa de un litro de líquido y esperar una hora.

El enema nutritivo debe tener la consistencia de puré y la temperatura del cuerpo.

El enfermo se acostará de lado.

Los enfermos á veces retienen con mucha dificultad los enemas alimenticios; en este caso pueden emplearse pequeños globos de caucho que se introducen por encima del esfínter y se llenan luego de aire ó de agua.

F.—TRATAMIENTO ELÉCTRICO

La electricidad, poco empleada hasta ahora en el tratamiento de las enfermedades del estómago y del intestino, presta, sin embargo, verdaderos servicios.

Ziemssen, en sus experimentos en el perro, ha probado que la electricidad aumenta en proporciones notables la secreción del jugo gástrico.

Regnard y Loye han comprobado el mismo fenómeno electrizando los nervios vagos en un ajusticiado.

Por último Einhorn y Ewald han indicado que hay aumento de actividad de las funciones motrices del estómago é influencia manifiesta de la corriente eléctrica en las secreciones y en la reabsorción.

La electricidad obra también sobre la motilidad. La excitación de los nervios vagos disminuye el volumen del estómago y activa las contracciones peristálticas; en la investigación de la reacción por el salol (Ewald), se ve aparecer más rápidamente el ácido salicílico en la orina. La corriente farádica parece que es más activa.

Por último, la electricidad parece que obra sobre los fenómenos de

absorción (reacción del yoduro de potasio) y sobre la sensibilidad (acción favorable en ciertas gastralgias).

Métodos de electrización. — Puede electrizarse el tubo digestivo aplicando los electrodos en la superficie cutánea ó en las mismas cavidades (electrización intra-ventricular ó intra-rectal). Pueden emplearse corrientes continuas ó corrientes inducidas.

A. — *Aplicación externa.* — Para este objeto se emplean electrodos ligeramente cóncavos y de mucha superficie. Cuando se trata de electrizar el estómago, se aplica uno de estos electrodos en la pared abdominal del píloro, hacia la curvadura mayor; el otro se fija hacia atrás, entre la curvadura mayor y la columna vertebral. Cuando se quiere electrizar el intestino se aplican de la misma manera los dos electrodos ó bien se les fija á cada lado del abdomen. Hay que emplear corrientes de bastante potencia.

B. — *Aplicación interna.* — Se empieza por llenar el estómago en su mitad ó en sus dos tercios con un líquido. Se introduce luego en la cavidad gástrica una sonda provista de un hilo metálico terminado en una oliva también metálica que sobresale cosa de un centímetro del extremo de la sonda. Einhorn recomienda un aparato compuesto de una cápsula de caucho endurecido provista de orificios múltiples y que contiene un botón metálico que comunica con hilos muy finos contenidos en una vaina de caucho. El enfermo traga este aparatito.

Algunos médicos introducen el otro electrodo en el intestino grueso; otros lo aplican al dorso, á la izquierda de la séptima vértebra cervical, en el hueco epigástrico y también en la mano.

Para electrizar el recto puede emplearse un electrodo de metal, de forma cónica, una bujía cuyo extremo cónico sea metálico ó bien una sonda en la que se encuentra un mandril metálico. Cuando se aplica la corriente continua, es necesario inyectar previamente un poco de agua salada en el recto. Esta precaución es inútil cuando se aplica la corriente farádica.

Pueden emplearse también las corrientes de alta frecuencia preconizadas por d'Arsonval.

Recordemos, por último, que la electricidad estática ha sido recomendada como medio general de tratamiento, sobre todo en los neurasténicos afectos de atonía gastro-intestinal.

Mientras los enfermos están en el baño electro-estático, se hacen saltar chispas á nivel del estómago y del intestino.

G. — MASAJE

El papel fisiológico del masaje todavía no lo conocemos bien. Tiene por objeto sobre todo combatir la pereza y la paresia de los músculos abdominales, relajar y hasta destruir adherencias ligamentosas y, por último, hacer progresar mecánicamente las materias que se estancan en el tubo digestivo. El masaje intestinal es conocido y aplicado desde hace mucho tiempo; no puede decirse lo mismo del masaje del estómago.

Sería salir de nuestro objeto discutir aquí las indicaciones especiales y las contraindicaciones del masaje.

Está absolutamente contraindicado en los casos de ulceraciones y de inflamación aguda y deberá practicarse siempre con moderación, sobre todo cuando el diagnóstico es dudoso.

1.° Masaje del estómago

Cuando se practica el masaje en un estómago en estado de vacuidad, se coloca el médico al lado derecho del enfermo, que debe estar en decúbito dorsal con las piernas en flexión. Se hunde profundamente la cara palmar de la mano izquierda por debajo del reborde de las falsas costillas izquierdas, aumentando la presión por medio de la mano derecha aplicada sobre la izquierda. Se practican luego suavemente movimientos circulares desde la curvadura mayor hacia el píloro. En el intervalo se practican movimientos de sobado *(pétrissage)* con el pulgar y la punta de los cuatro últimos dedos de la mano derecha; por último se termina con fricciones practicadas de izquierda á derecha.

El masaje del estómago en estado de repleción tiene por objeto favorecer la evacuación de la cavidad gástrica, aumentar las secreciones y mezclarlas más íntimamente con el contenido. En este caso se practica la expresión manual cogiendo las paredes abdominales y la pared gástrica entre el pulgar y los demás dedos de la mano derecha; de este modo se impele la masa alimenticia hacia el píloro.

A este procedimiento se añade el sobado, las fricciones y las percusiones.

2.° Masaje abdominal

El masaje del intestino se emplea mucho más y su técnica se conoce mejor.

Está destinado sobre todo á combatir la constipación dependiente de

la atrofia de las paredes abdominales (vientre en zurrón, obesidad, plétora abdominal, enteroptosis, etc.).

El masaje está contraindicado en los casos de enteritis seudomembranosa, de ulceraciones, de inflamación aguda, de síntomas de obstrucción dependientes de neoplasias ó de bridas, de tiflitis ó de peritiflitis y de apendicitis. Debe practicarse con mucho cuidado en los individuos de edad y en los arterio-esclerosos.

Para el masaje abdominal hay que tener en cuenta el espesor del panículo adiposo, la tensión de los músculos y la impresionabilidad del enfermo.

El estómago, la vejiga y, si es posible, el intestino grueso, deben encontrarse en estado de vacuidad. El enfermo estará acostado con la cabeza un poco levantada y las piernas en flexión. Se hará que tenga la boca ligeramente entreabierta, y se empezará por fricciones ligeras concéntricas, que partan de la sínfisis púbica practicándolas con ambas manos. Se hace luego el sobado profundo por medio de movimientos en zigzag para reblandecer las materias fecales. Esta operación va seguida de fricciones suaves en el intestino grueso por medio de los dedos muy doblados de la mano derecha, en la que se apoyan las puntas de los dedos de la mano izquierda. Se empieza primero por la región estomacal y se aumenta progresivamente la presión siguiendo todo el trayecto del colon hasta la fosa ilíaca izquierda.

Esta operación debe repetirse varias veces. Puede añadirse el sobado rotatorio; para este objeto se hunden las manos en la región íleo-cecal, recomendando al enfermo que haga una inspiración profunda, y se sigue el colon practicando movimientos de rotación. Puede completarse este tratamiento por percusiones, sacudidas comunicadas al enfermo levantado por encima del plano de la cama, vibraciones practicadas entre el apéndice xifoides y el ombligo y entre este último y la sínfisis púbica, hundiendo un dedo perpendicular y lentamente hasta la columna vertebral para excitar el plexo celíaco ó el plexo esplánico.

Es preciso tener muy en cuenta que deberán ejecutarse todos estos movimientos con suavidad, sin emplear ninguna fuerza, como si se tratara de hacer escalas en un piano.

El masaje abdominal no debería practicarse más que por médicos experimentados; desgraciadamente es una rama de nuestro arte cuya enseñanza es todavía desconocida del todo en nuestras facultades y relegada, por consiguiente, á empíricos.

En los casos bastante numerosos en que el masaje regular no puede practicarse por un médico, el enfermo podrá hacérselo él mismo mediante

una bala de tres á cinco libras recubierta de tejido de punto ó de piel de gamuza. Se masará todas las mañanas, en la cama, durante cinco ó diez minutos, practicando alternativamente movimientos de rotación y hasta de percusión, de derecha á izquierda, en el trayecto del colon.

Este masaje con frecuencia da excelentes resultados.

H. — GIMNASIA

Los ejercicios gimnásticos tienen doble objeto: obrar localmente sobre los órganos enfermos y tonificar el estado general. Para obrar localmente sobre los músculos de las paredes abdominales y de la pelvis en los casos de constipación, de enteroptosis, de atonía del estómago y de los intestinos y de flacidez de las paredes, se ordenan movimientos de flexión, de torsión, de circunducción del tronco, flexión rápida de las rodillas sobre el tórax en la posición acostada, etc. Todos los detalles de estos movimientos se encontrarán en los tratados de gimnasia de salón, de gimnasia sueca.

Desde el punto de vista del estado general, pueden recomendarse todos los ejercicios al aire libre: la equitación, la natación, los patines, el remo y la bicicleta. Esta última, cuando se usa con moderación, presta reales servicios á los dispépticos, á los hemorroidales y á los constipados.

I. — TRATAMIENTO ORTOPÉDICO

Tiene por objeto restablecer el equilibrio abdominal sosteniendo y levantando los órganos esplánicos. Desde este punto de vista es como debe apreciarse el valor de los aparatos contentivos.

El cinturón de franela, que comprime el abdomen á nivel del mesogastrio, determina alivio por aumentar la tensión abdominal, pero con facilidad resbala y no levanta los órganos.

Se han hecho trabajos para encontrar aparatos contentivos que cumplan las indicaciones de la enteroptosis y al mismo tiempo sean de cómoda aplicación.

Glénard ha inventado un cinturón que lleva su nombre; es el que se emplea generalmente.

Se distingue de los aparatos análogos:

1.° Por su sencillez;

2.° Por la consistencia de su tejido elástico;

3.° Por su forma de faja, es decir, de cinta plana, de eje rectilíneo y de bordes paralelos;

4.° Por la manera de aplicarse.

En vez de pasar por encima de las caderas, la faja de Glénard las abraza ampliamente y se apoya en ellas; también se le ha dado el nombre de cinturón pélvico.

Se aplica á la generalidad de los casos. Se compone de una tira de tejido elástico de 14 centímetros de ancho y de 68 á 76 de largo que, por detrás, termina, en un cabo, por tres tiretas de tejido no elástico de 4 centímetros y medio de ancho y en el otro cabo por tres hebillas. Se aplica inmediatamente por encima del pubis y bastante bajo para que, después de haber rodeado la región pelvi-trocantérea, su borde superior no sobrepase más de dos traveses de dedo de la cresta ilíaca.

Hay que sujetar aisladamente cada tirita sobre el mismo enfermo, empezando por la inferior, y la constricción se hará hasta el límite de elasticidad del tejido.

A esta faja, según las indicaciones, se añaden una ó dos almohadillas laterales á nivel de los vacíos, ó una almohadilla semilunar por encima del pubis. Este cinturón presta verdaderos servicios, pero el médico mismo deberá colocarlo la primera vez y habituar progresivamente al enfermo para que se lo coloque.

Hay que colocarlo muy abajo, por encima de la cresta ilíaca; el eje debe ser rectilíneo y no oblicuo.

Desde el momento en que se ha establecido el hábito, los enfermos ya no se quejan de tener que llevar el cinturón. Algunos se encuentran tan aliviados que lo llevan hasta durante la noche.

Se ha imaginado una serie de cinturones análogos; lo esencial es que cumplan las indicaciones para las que se aplica la faja pélvica, que sean bien hechos y con buenos tejidos.

XIII

De la intervención quirúrgica en el tratamiento de las enfermedades del tubo digestivo

La cirugía ha hecho progresos tan rápidos en el tratamiento de las afecciones del estómago y de los intestinos, que el médico no puede dejarlos pasar por alto. No vamos á tratar aquí de los diversos procedimientos de gastrotomía, de divulsión del píloro, de resección gástrica, ni á indicar los detalles de la gastro-enterostomía, de la intervención en la apendicitis, en la obstrucción intestinal ó en el cáncer del intestino ó del recto. Esta corta enumeración basta para demostrar el papel que tiene hoy día la

intervención quirúrgica en el tratamiento de las afecciones gastro-intestinales. Pero es evidente que deben fijarse reglas para los casos particulares, que hay que resolver numerosas cuestiones y que deben moderarse ciertos entusiasmos y rechazar algunas intervenciones.

Pero hay en esto una evolución, un progreso, con el cual debe contarse y que interesa al médico. Hace algunos años la intervención del cirujano estaba limitada á las hernias y á las lesiones del recto y del ano.

Es cierto que algunos enfermos deben hoy su curación ó una supervivencia de varios años á las operaciones quirúrgicas.

Nos basta citar los enfermos de epitelioma del intestino, complicado con obstrucción ó hemorragias formidables, condenados antes á una muerte cierta, y cuya existencia puede prolongarse más ó menos tiempo por el establecimiento de una anastomosis intestinal.

Pero la cuestión es más importante. Ha sido propuesta por Bouchard de la siguiente manera (1):

«El reparto de las enfermedades entre el médico y el cirujano, tal como se concebía antes, sufre una profunda modificación. El cirujano antiguamente no tenía que tratar más que los traumatismos y las enfermedades de las partes exteriores ó superficiales.

»Hace mucho tiempo que un barbero audaz se dirigió á la vejiga; la cirugía no se ocupaba de las vísceras sino cuando una hernia las ponía á la superficie; actualmente va á buscarlas en la profundidad de las cavidades.

»Su dominio se extiende porque la antisepsia casi ha suprimido los límites de su acción, porque alcanza á llevar á todas partes el remedio sobre el sitio del mal. Todo lo que puede tratarse localmente se convierte en quirúrgico.

»Pero los médicos han de tomar precauciones; me pregunto si no deben preocuparse de este estado de cosas y si la enseñanza debe tener en cuenta esta nueva situación.

»Cuando todas las enfermedades tienden á convertirse en quirúrgicas sería bueno que el médico se hiciera un poco cirujano. El verdadero médico, mañana, será el cirujano, pues el cirujano posee todos los secretos de su antiguo dominio, al cual habéis querido permanecer extraños; además, llamado para tratar las enfermedades que habíais creído debíais reservaros, ha aprendido á conocerlas. Tal vez las diagnostica con mayor precisión. No hay necesidad de vuestra asistencia para reconocer la hidronefrosis, las pielitis calculosas ni los tumores del riñón; distingue tan bien como vosotros el quiste hidatídico del cáncer del hígado y de la cirrosis

(1) Bouchard. — *Thérapeutique des maladies infectieuses*, 1889.

hipertrófica; los derrames pleurales le son familiares y hasta los derrames pericardíacos.

»Limita las cavernas pulmonares y determina su naturaleza. Sobresale en diagnosticar exactamente una lesión intracraneal en los casos de epilepsia jacksoniana. ¿En qué se distingue, pues, el cirujano del médico? ¡En una sola cosa! Tiene las manos hábiles y vosotros os empeñáis en permanecer poco diestros.

»Mejor que vosotros sabe aplicar el tratamiento local, cuyas indicaciones conoce lo mismo que vosotros.

»No me objetaréis que una vez haya llegado el momento llamaréis al cirujano.

»Saber y ser incapaz de obrar, muchas veces no es más que tener una ciencia estéril.

»Estoy persuadido de que en nuestras visitas de hospital hay diferencia en la mortalidad por pleuresía purulenta, según que el jefe de la visita sea un médico que practique él mismo el empiema ó un médico que se dirija al cirujano. Los dos reconocen el momento en que se impone la intervención; el primero ejecuta; el segundo va en busca del cirujano que está ocupado ó que ya se ha ido. El cirujano viene al día siguiente, pero á veces el enfermo, ya ha muerto.

»Si esto sucede en las ciudades, ¿qué ocurrirá en el campo, donde generalmente no viven cirujanos?

»El médico reconoce la urgencia de una toracentesis y no se atreve á practicarla; espera ver que sobrevengan modificaciones favorables; aplica otro vejigatorio y si el estado se agrava hace una inyección de éter ó bien, por último, se decide, pero demasiado tarde; ha dejado pasar el momento oportuno y éste no vuelve á presentarse.

»Hay en esto un vicio de educación que os señalo. Creo que la enseñanza debe tener en cuenta la nueva situación creada por la importancia creciente de las terapéuticas locales. Todos los médicos deben estar familiarizados con la práctica de ciertas operaciones de urgencia en cuyo número no inscribiré las ligaduras de arterias en el sitio de elección.»

Bouchard termina esta digresión, que sentimos no poder reproducir completa, con el siguiente deseo: que los médicos estén ejercitados en practicar operaciones de urgencia.

Lo que hemos dicho de las afecciones gastro-intestinales ha tenido contraprueba en ginecología y en laringología. Los médicos ginecólogos ó laringólogos que han querido continuar siendo médicos sin convertirse en operadores, han perdido sus enfermos.

Especializarse en el tratamiento de las enfermedades del tubo

digestivo sin aprender á operar, será cosa seguramente cada vez más difícil en el porvenir.

El cirujano es el que determina casi siempre las indicaciones de la intervención. El médico, poco al corriente de los nuevos procedimientos operatorios, cuando es llamado para dar una opinión sobre las indicaciones de una intervención, se encuentra en una situación perpleja, porque su educación es incompleta.

El único medio de obviar este estado de cosas, es que el médico complete diariamente su educación quirúrgica y sobre todo que desarrolle sus conocimientos en diagnóstico; que llegue á diferenciar con la mayor seguridad posible un catarro crónico de una lesión orgánica, una estrechez pilórica simple de una neoplasia; que aprenda á precisar el momento, las indicaciones y la naturaleza de la intervención, que sirva de guía al cirujano cuya asistencia reclama y que el enfermo no sea testigo de sus vacilaciones y de sus retardos, con frecuencia culpables. ¡Cuántas veces, en efecto, el médico no se decide sino tardíamente cuando se trata de una obstrucción intestinal, de una peritonitis, de una perforación ó de una hemorragia!

El porvenir es del médico instruído que sabrá precisar su diagnóstico, formular claramente las indicaciones de la intervención quirúrgica, aplicarla á veces él mismo y sobre todo proponerla á tiempo.

CAPÍTULO II

TRATAMIENTO DE LAS ESTOMATITIS

POR

J. SCHMITT

Profesor de la facultad de Nancy

TRADUCCIÓN DEL DR. D. JOSÉ A. MASIP

I

Consideraciones generales

La cavidad bucal del hombre, aun en estado de perfecta salud, contiene cantidad innumerable de microorganismos. Se recordará que en la boca fué donde Leuwenhœck descubrió los primeros microbios; las ulteriores investigaciones de Robin, los trabajos más recientes de Rappin, de Rassmussen, de Muller, de Rosenbach, de Lewis, de Vignal, de Biondi, de Netter, de Galippe, de Roux, de Widal, etc., nos han hecho conocer mucha parte de esta rica flora. Muller ha contado en ella hasta un centenar de especies distintas; Vignal, por medio de una rigurosa experimentación, ha reducido esta cifra á veinte especies, que existen siempre en la boca normal, sin tener en cuenta la gran variedad de parásitos accidentales que pueden encontrarse en ella.

Introducidos con el aire y los alimentos, ó acarreados á la boca con las secreciones de los órganos que están en comunicación con ella, algunos de estos microbios no hacen más que pasar por la misma, ya para penetrar más hacia dentro de las vías digestivas ó aéreas, ya para ser expulsados al exterior; otros, encontrando en este sitio las condiciones más favorables para su desarrollo (humedad, calor, anfractuosidades diversas, substancias nutritivas), se establecen en él, se multiplican, se convierten en autóctonos y quedan huéspedes permanentes de la cavidad bucal.

Pero aquí, como en otras partes, nos interesa menos el número que

la calidad de los microbios, y desde el punto de vista de sus propiedades, debemos distinguir dos clases: unos, son microbios inofensivos, no patógenos; otros, inofensivos también en estado normal, pueden, en ciertas circunstancias, desarrollar una actividad especial y convertirse en patógenos.

En la primera clase encontramos numerosas bacterias comunes ó especiales (*leptothrix buccalis*, *bacillus subtilis*, *b. termo*, *amylobacter*, espirilos, etc.), completamente inofensivos por sí mismos; algunas especies son cromógenas y producen la coloración verdosa de los dientes, el color negro de las caries antiguas y el tinte amarillento de ciertas capas bucales (Miller). Muchas intervienen como agentes de la digestión, en particular de la digestión salival: hinchan la albúmina y la fibrina, disuelven la caseína, transforman el almidón, cambian la lactosa en ácido láctico (Vignal); su papel, pues, es útil. Todo lo más, algunos microbios saprófitos y saprógenos, cuando se exagera su actividad en ciertas condiciones, dan lugar á una fetidez especial del aliento, fetidez de origen bucal, que es fácil de distinguir de la fetidez relacionada con las fermentaciones viciosas de las vías digestivas ó de las vías respiratorias superiores ó inferiores. Pero por sus productos de fermentación pueden crear en la boca un medio de cultivo favorable á la pululación de otros gérmenes más nocivos, y de este modo pueden tomar parte en el desarrollo de infecciones á las que de momento parece que son extraños. El papel de estos saprófitos, accesorio en apariencia, no debe pues olvidarse (Roger).

La segunda clase de microbios es mucho más importante para nosotros. Hacía muchísimo tiempo que se conocía la acción patógena de la saliva humana, cuando Pasteur descubrió en ella el microbio de la septicemia salival, que, según sabemos ahora, no es otro que el pneumococo; y las numerosas investigaciones que han seguido á esta primera demostración experimental han puesto de manifiesto que todos los microbios de la patología humana, ó casi todos, pueden encontrarse en la boca de individuos en perfecto estado de salud. Algunos, sin embargo, no se encuentran en ella más que de una manera accidental, como el bacilo de la tuberculosis, los bacilos diftérico y seudodiftérico, el bacilo de Eberth, el parásito del muguet, etc. En cambio otros microbios, patógenos propiamente dichos, forman parte casi integral y habitual de la flora de la boca; tales son el bacterium coli, el pneumococo, el estreptococo, los estafilococos piógenos y el pneumobacilo de Friedlænder (Netter).

Estos microbios pueden permanecer indefinidamente en la boca, resguardándose en el sarro dentario, en los intersticios de los dientes, en las

cavidades de caries, en las anfractuosidades y en los residuos epiteliales de la mucosa, sin determinar ningún accidente. Es uno de los ejemplos más notables del microbismo latente de Verneuil. Con este motivo es bueno hacer notar que uno de los papeles fisiológicos de la saliva consiste en barrer, diluir incesantemente las colonias microbianas y arrastrarlas al estómago para sufrir la acción esterilizante del jugo gástrico; en los casos numerosos, patológicos ó no, en los que la secreción salival está disminuída ó agotada, la supresión del papel químico de la saliva se complica, pues, con la supresión de su papel mecánico y el campo queda libre para los parásitos habituales de la cavidad bucal. Si se presenta entonces cualquier circunstancia que exalte su virulencia, si se les abre una puerta de entrada ó se crea la oportunidad morbosa, estos huéspedes inofensivos ó mejor inactivos hasta entonces, específicos ó indiferentes, empezarán su obra. Unos irán á ejercer sus estragos en puntos más ó menos distantes; otros se dirigirán á órganos inmediatos, y otros, por último, atacarán la misma mucosa bucal y producirán diversas clases de estomatitis, sin perjuicio de ocasionar además infecciones secundarias más profundas.

De estas consideraciones muy sumarias se desprende una noción esencial de profilaxia. Hay que procurar la destrucción de los microbios patógenos que encierre la cavidad bucal ó cuando menos neutralizar su acción nociva. Se impone al médico la lucha contra estos microbios, lucha por la higiene y la antisepsia bucales, sobre todo en este período de inactividad, de estado latente en el que son más accesibles y más vulnerables; y se impone á todos, en todas edades y en todas condiciones. Indispensable en el individuo sano, es de necesidad más urgente todavía en el enfermo. Si en uno y otro se llevara á cabo con todo el rigor que sería de desear, disminuiría sin duda la frecuencia de ciertas enfermedades generales ó la gravedad de muchas otras, y las estomatitis, que son todas de origen microbiano, estarían á punto de desaparecer de la patología humana.

II

Higiene y antisepsia bucales

La higiene y la antisepsia bucales deben cumplir dos indicaciones: hacer desaparecer de la boca todo lo que puede servir de terreno de cultivo para los microbios ó abrirles una puerta de entrada en la economía, y destruir estos microorganismos ó al menos dificultar su desarrollo.

La primera indicación se realiza por diversos medios mecánicos y la segunda por los antisépticos.

Las partículas alimenticias detenidas en los recodos de la mucosa y en los intersticios dentarios, las capas saburrales ó mucosas y los residuos epiteliales ofrecen á los microbios de la boca un terreno de pululación favorable en extremo; para quitarlas se recurre al mondadientes, al cepillo, al jabón y al enjuage.

Del *mondadientes* no tengo nada que decir de particular, sino que los de metal, de madera ó de pluma que tienen todos el inconveniente de pinchar y lacerar las encías, de ensanchar con el tiempo los intersticios dentarios y por consiguiente descarnar los dientes, pueden sustituirse ventajosamente por el empleo de un simple hilo de caucho que se introduce sin esfuerzo entre los dientes más apretados y expulsa fácilmente los residuos alimenticios sin riesgo de herir las encías.

El *cepillo* para los dientes debe ser bastante fuerte para producir un efecto mecánico enérgico; pero no demasiado para no irritar la mucosa ó desgastar el esmalte. El cepillo de tejón y el cepillo-esponja son insuficientes; se preferirá el cepillo de caucho ó el cepillo de crin. Estos cepillos se venden en el comercio con diversos números según sea la rigidez de la crin. Se tomará habitualmente el n.° 2 para los adultos y el n.° 3 ó 4 para los niños, reservando los números más elevados para las personas cuyas encías están inflamadas y sangran fácilmente ó para los niños de corta edad. El uso del cepillo deberá recomendarse aún para los niños muy pequeños, desde que su alimentación sea sólida y deje residuos en los intersticios de los dientes. Es el medio más seguro para prevenir las caries de los dientes de la primera dentición, que además de los dolores que determina y de las complicaciones que puede producir, como la de los dientes permanentes, puede tener influencia desfavorable para la segunda dentición y el desarrollo regular de los maxilares. Esta limpieza mecánica será indispensable sobre todo cuando hayan aparecido los dientes permanentes. Se hará varias veces al día, mañana y noche, después de cada comida y muy particularmente después que se haya comido pan, pastelillos, dulces y cuerpos grasos; los residuos grasos y azucarados sufren, en efecto, fermentaciones ácidas cuyos productos destruyen la cutícula del esmalte y permiten que los agentes de la caries dentaria realicen su obra, convirtiéndose de este modo más ó menos directamente en causas de irritación de la mucosa bucal.

El cepillo se impregnará de *jabón*, que disuelve el moco y lo arrastra con las partículas alimenticias que están retenidas en él. El jabón es el agente de limpieza más seguro, y si su sabor es desagradable para ciertas

personas, es fácil disimularlo por artificios acerca los que no he de insistir ó bien se reemplazará por la *tintura de quillaya saponaria*, cuyo efecto es el mismo. Este enjabonado minucioso debe hacerse á la vez en la cara anterior y en la cara posterior de los dientes; irá seguido de un lavado de toda la cavidad bucal, preferentemente con un líquido antiséptico; de este modo llegamos á la segunda indicación.

Este *antiséptico*, para ser perfecto, no debe poseer ninguna acción química ó mecánica que pueda atacar los dientes ó irritar la mucosa; además debe detener la vegetación de las bacterias de la boca en un tiempo relativamente corto, unos dos ó tres minutos.

Por esto la mayoría de los dentífricos habitualmente empleados, hasta los que tienen por base el *ácido bórico*, el *ácido salicílico*, el *clorato de potasa*, el *ácido fénico* ó el *salol* no cumplen el ideal de la esterilización perfecta: el *ácido tímico* en solución al 1 por 3000 ó el *sublimado* al 1 por 5000 son los únicos que destruyen las bacterias de la boca en el tiempo que se necesita (Miller). Sin embargo, hay que decir que en la práctica la mayoría de los antisépticos de mediana actividad, y hasta los débiles, dan resultados suficientes, tal vez por razón de las esencias que generalmente se añaden y muchas de las cuales, según Chamberland, tienen propiedades bactericidas enérgicas hasta á pequeñas dosis, ó tal vez también porque, asociando varios antisépticos, se suma en la mezcla su potencia antiséptica.

Los dentífricos pueden dividirse en líquidos, sólidos y blandos. Estos últimos no se usan mucho; en todo caso hay que rechazar los que están preparados con miel y no conservar más que las pastas preparadas con jabón: éstas, con la adición de un antiséptico, pueden reemplazar ventajosamente al jabón ordinario para el enjabonado de los dientes.

Los polvos dentífricos se emplean con más frecuencia; algunos, formados por polvos inertes: *creta*, *piedra pómez* pulverizada, *talco de Venecia*, etc., no pueden producir más que un efecto mecánico y evidentemente no tienen ningún valor desde el punto de vista de que tratamos; hasta tienen un inconveniente real, el de dejar polvos entre los dientes, que ensucian en vez de limpiar; los que contienen *carbón* ó *negro animal* forman con el tiempo en el borde de las encías un ribete negruzco indeleble.

Lo que hay que buscar en un polvo dentífrico es que sea antiséptico, soluble, pero lentamente soluble, de manera que al principio de obrar ejerce un efecto mecánico sobre los dientes sin dejar consecutivamente ningún depósito (Thomas).

Un polvo compuesto de *ácido bórico* y *carbonato de magnesia*,

con la adición de *clorato de potasa*, ó sin esta sal, y aromatizado con algunas gotas de menta ó de clavo, casi cumple este objeto:

Acido bórico.	5 gramos
Clorato de potasa.	2 —
Carbonato de magnesia pulverizado. . . .	10 —
Esencia de menta.	aa III gotas
Esencia de clavo.	

M. s. a.

Pero los antisépticos líquidos son preferibles á los sólidos.

La solución de sublimado al 1 por 1000 y hasta al 1 por 5000, el mejor de los antisépticos bucales según Miller, tiene sabor estíptico desagradable y su acción tóxica no permite que se emplee corrientemente, al menos en los niños.

El ácido tímico al 1 por 3000 es casi tan eficaz, menos peligroso y de sabor más agradable.

Miller recomienda la solución siguiente:

Acido tímico.	0 gr. 25
Acido benzoico sublimado.	3 gramos
Tintura de eucalipto.	15 —
Alcohol..	100 —
Esencia de menta piperita.	0 gr. 75

M. s. a.

Viértanse algunas gotas en agua hasta que se enturbie.

Si es necesario, se aumentará su valor antiséptico por la adición de 25 á 75 centigramos de sublimado.

Puede prescribirse también ventajosamente:

Alcohol de menta.	160 gramos
Acido fénico cristalizado.	20 —

Disuélvase.

Algunas gotas en medio vaso de agua templada (MONIN).

O también:

Acido fénico puro.	1 gramo
Acido bórico.	25 —
Timol..	0 gr. 50
Esencia de menta.	XX gotas
Tintura de anís.	10 gramos

M. s. a.

Para un litro de agua (DUJARDIN-BEAUMETZ).

El *fenosulil* se recomienda con frecuencia para este uso. La fórmula siguiente de Weber da un compuesto de considerable poder antiséptico, y que puede aceptarse fácilmente en solución diluída:

Acido fénico cristalizado.	60 gramos
Acido salicílico.	10 —
Mentol.	1 —
Acido láctico.	20 —
Glicerina..	40 —
Esencia de eucalipto..	3 —

M. s. a.

X á XV gotas en medio vaso de agua templada.

La *sacarina* también es un dentífrico agradable de mediana acción antiséptica; se prescribirá:

Sacarina..	6 gramos
Bicarbonato de sosa..	4 —
Alcohol.	160 —
Esencia de menta.	XXX gotas

M. s. a.

Una cucharada de las de café en medio vaso de agua templada.

Podría multiplicar las fórmulas; pero son suficientes los pocos ejemplos que acabo de citar.

Por otra parte, cualquiera que sea la substancia empleada, es necesario que la solución antiséptica no sólo se ponga en contacto con todos los repliegues de la mucosa bucal, sino que este contacto sea suficientemente prolongado para que el antiséptico tenga tiempo de obrar contra los microbios que ha de combatir.

Además hay que educar al niño de manera que se le enseñe á enjuagarse cuidadosamente la boca.

En él, como en el adulto, estos lavados se repetirán varias veces al día, después de cada comida y sobre todo mañana y noche. En efecto, durante la noche y por motivos fisiológicos muy fáciles de deducir, es cuando se realizan las fermentaciones más activas, de lo que resulta la fetidez del aliento al momento de despertar.

Esta *fetidez de origen bucal* se observa indudablemente con mayor frecuencia en los individuos que tienen lesiones de la mucosa gingivobucal, caries de los dientes y periostitis alveolares; en las personas que tienen precisión de llevar dientes artificiales, fijos ó movibles, por poco que descuiden la limpieza minuciosa de estas piezas protésicas; algunos estados fisiológicos parece que predisponen á ella (menstruación); pero el simple hecho de la permanencia en la boca de algunas partículas alimenticias en descomposición ó de la existencia en la lengua de una capa saburral en la que abundan los microbios saprógenos, independientemente de toda lesión de la boca ó de los dientes, es suficiente para hacer que el aliento, sobre todo el de la mañana, sea fuerte y desagradable.

Deberá evitarse este accidente, y si se presenta, combatirlo con rapidez, mediante la antisepsia rigurosa de la boca y la desaparición de todas las causas que favorecen la pululación de los saprofitos. Lo primero que debe hacerse será, pues, combatir el estado saburral de la lengua, relacionado las más de las veces con algún trastorno digestivo, conservar en estado de limpieza perfecta las piezas protésicas y los dientes artificiales cuando no se pueden evitar, hacer desaparecer el sarro dentario, obturar los dientes cariados, etc. Después se obrará sobre la substancia volátil olorosa ora disimulándola por medio de substancias de olor intenso pero agradable: *agua de menta*, *tintura de benjuí* diluído en agua, solución de *ácido cianhídrico*, *agua de laurel cerezo;* ora neutralizándola por medio de desinfectantes químicos: *agua clorada*, *hipocloritos* alcalinos y térreos, *agua de Labarraque* al 1 por 10, *agua oxigenada;* ora, y mejor todavía, impidiendo su producción por los antisépticos: *sublimado* al 1 por 4000, *agua fenicada* al 1 por 200, *agua timolada* al 1 por 1000, solución saturada de *bórax* ó solución de *hidrato de cloral* al 1 por 30. Por otra parte, es fácil reunir estas diversas substancias en una misma fórmula y cumplir á la vez estas tres indicaciones; por ejemplo:

Agua destilada de menta piperita.	300 gramos
Hidrolado de laurel-cerezo.	30 —
Borato de sosa..	10 —
Licor de Labarraque.	25 —

M. s. a.

Si la higiene de la boca es indispensable al hombre sano, más lo es todavía para el enfermo. Sobre todo en éste, sólo gracias á los cuidados más minuciosos es cuando se logran moderar las pululaciones microbianas y prevenir las infecciones secundarias, locales ó á distancia, que hacen más inminentes la virulencia de los microorganismos y la depresión del estado general.

Por lo mismo todo estado morboso agudo ó crónico necesita una rigurosa antisepsia bucal, y esto no sólo durante el período de estado de la enfermedad, sino también durante la convalecencia. Sabemos, en efecto, que al lado de las lesiones bucales que acompañan á las enfermedades generales, las infecciones secundarias se manifiestan fácilmente en el momento de la convalecencia y permanecen en la boca durante un tiempo á veces muy largo, meses y hasta años después de la desaparición del estado agudo. El pneumococo se encuentra en ella indefinidamente cuatro veces por cada cinco después de una pneumonía; parece que sucede lo mismo con el estreptococo después de la curación de la erisipela.

Esta antisepsia se realizará, siempre que sea posible, por medio de

gargarismos y lavados de la boca: gargarismo con *bórax* al 3 por 100, con *ácido tímico* al 1 por 1000 y con *alcohol salolado*, una cucharada de las de café en un vaso de agua.

Pero, si se trata de niños que no saben gargarizar ó de enfermos deprimidos, adinámicos, que no pueden hacerlo, se empezará por limpiar la lengua y los labios, los intersticios de los dientes y las encías de todas las capas que los cubran, por medio de torundas de algodón higroscópico mojadas en agua *boratada* ó *agua de Vichy*, y este primer lavado irá seguido de lavados abundantes con *agua boricada* á saturación *agua cloralada* al 10 por 1000, *ácido tímico* al 1 por 1000 ó *ácido fénico* al 1 por 100. Estos lavados se repetirán dos ó tres veces al día, y más si es preciso; en el intervalo, se humedecerá la boca con agua de Vichy y se pasará por la mucosa un pincel con un colutorio antiséptico. El más sencillo es la *glicerina boricada*. Legendre recomienda la mezcla siguiente, que da buenos resultados:

Acido bórico.	1 gramo
Clorato de potasa.	0 gr. 75
Zumo de limón.	15 gramos
Glicerina.	10 —

M. s. a.

Hay que añadir que ciertos individuos presentan, aun faltando toda lesión constituída, una predisposión especial para las infecciones buco-dentales; citaré en particular las mujeres embarazadas y las nodrizas, después los diabéticos, los bríghticos, los atáxicos, y además también los enfermos de sarampión, de fiebre tifoidea, de infección urinaria y de caquexias diversas; es evidente que en estos individuos la antisepsia bucal todavía deberá ser más rigurosa. El tratamiento del estado general, causa ocasional ó predisponente de las lesiones bucales, ayudará por otra parte al médico en su lucha contra la causa determinante, el microbismo.

Si me he detenido mucho tiempo en estos preliminares es porque la antisepsia bucal tiene importancia considerable y vamos á encontrarla siendo la base de la profilaxia y del tratamiento de todas las variedades de estomatitis.

III

División de las estomatitis

La estomatitis ó gingivo-estomatitis debe definirse actualmente diciendo que es una infección localizada de la boca que determina alteraciones diversas de la mucosa bucal.

Podemos dividir las estomatitis en dos categorías.

En la primera colocamos las diversas estomatitis secundarias, sintomáticas de una enfermedad general específica aguda ó crónica. Las fiebres eruptivas, la fiebre tifoidea, el escorbuto, la difteria, la sífilis, la tuberculosis, etc., van acompañadas de infecciones bucales específicas que no son más que un epifenómeno en la evolución morbosa. No me detendré en ellas; su tratamiento se estudiará con motivo de cada una de estas enfermedades. Además se resume en la antisepsia con algunas variantes en la elección del agente que debe emplearse de preferencia según los casos.

La segunda categoría, la única de que voy á tratar aquí, comprende las gíngivo-estomatitis esenciales ó primitivas y las estomatitis vulgares que pueden encontrarse en el curso de cualquiera otra afección, pero de la que no toman ningún carácter específico.

Como las primeras, las estomatitis de esta segunda categoría son de origen microbiano; sin embargo, hasta ahora no conocemos de una manera cierta más que el agente específico de una sola de ellas, el muguet. Parecería, pues, que podrían reunirse todas en una misma descripción y aplicarles el mismo tratamiento, el tratamiento antiséptico general.

Sin embargo, esto sería un ensayo de simplificación exagerado, pues á pesar de la identidad de su patogenia y aunque la antisepsia constituya el fondo común de su tratamiento, estas estomatitis se presentan con caracteres clínicos y lesiones anatómicas distintos, que desde el punto de vista nosológico dan lugar á tipos muy especiales y desde el terapéutico admiten también indicaciones diversas.

Las clasificaré interinamente en tres clases:

1.° Estomatitis comunes, sépticas, polimicrobianas debidas á microbios indiferentes: estomatitis catarrales, ulcerosas benignas, estomatitis tóxicas;

2.° Estomatitis específicas dudosas: estomatitis ulcero-membranosa, gangrenosa, aftosa, herpética, impetiginosa, pultácea;

3.° Estomatitis específica: muguet.

IV

Estomatitis comunes, sépticas, polimicrobianas

Esta clase primera comprende las distintas variedades de la estomatitis catarral: su patogenia es idéntica; sus causas predisponentes son las únicas que varían. Pueden manifestarse en la forma aguda, subaguda ó crónica, ya á consecuencia de falta habitual de limpieza de la boca, ya por

la acción de irritaciones repetidas de la mucosa por alimentos demasiado calientes ó demasiado picantes, por el abuso del tabaco, por la erupción de los dientes ó á consecuencia de trastornos gastro-intestinales que acumulan en la mucosa residuos epiteliales; son consecutivas también á lesiones dentarias ó alveolares desde donde la infección alcanza la mucosa inmediata; ó á alteraciones de la saliva por tóxicos, azúcar, venenos urinarios, ó por último, á una depresión del estado general que disminuye la fuerza de resistencia con relación á los microorganismos vulgares de la boca.

El tratamiento de todas estas estomatitis se desprende del conocimiento de sus causas; se resume en dos puntos: 1.° Hacer cesar la acción de las causas predisponentes que han favorecido su aparición: cuidados de la boca y de los dientes, supresión de las causas de irritación, tratamiento de las alteraciones digestivas y de los estados diatésicos y levantamiento del estado general. 2.° Combatir la pululación microbiana por la antisepsia bucal: en los niños y en los casos ligeros, bastará un *colutorio boratado* (glicerina 20; bórax, 2); en el adulto ó en los casos más adelantados, se prescribirán lavados repetidos con el *sublimado* al 1 por 4000, el *timol* al 1 por 1000, alternando si es preciso, y si la fetidez del aliento es muy pronunciada, con los lavados por medio de una solución de *permanganato de potasa* al 1 por 1000.

En las mujeres embarazadas y en los recién nacidos, Pinard prescribe toques cotidianos del borde libre de las encías enfermas con el tópico siguiente:

Hidrato de cloral. . . . . } aa. p. ig.
Alcoholato de coclearia. . . . . }

Disuélvase.

Contra la estomatitis urémica, se empleará ventajosamente el colutorio indicado por Barié:

Ácido salicílico. . . . . 2 gramos
Glicerina. . . . . 20 —

H. s. a. colutorio.

La estomatitis del diabético se modifica con bastante rapidez con un colutorio alcalino, de bórax ó *clorato de potasa;* se tocarán las ulceraciones y las grietas de la lengua con una solución de *nitrato de plata* al 1 por 10 y se harán embrocaciones sobre las papilas hipertrofiadas (lengua pilosa) con la *tintura de yodo* ó el *ácido acético* diluído al 1 por 10 (Lecorché).

La estomatitis crónica de origen tabáquico cede poco á poco con la supresión del tabaco y el empleo de un colutorio compuesto de

Creosota.	1	gramo
Tintura de espliego.	aa. 6	gramos
Tintura de mirra.		
Glicerina.	20	—
Agua.	200	—

M. s. a.

No insisto más, limitándome á indicar algunas particularidades del tratamiento de las tres formas más especiales de estas estomatitis.

A. — GINGIVITIS TARTÁRICA

Debe colocarse en primer término por su frecuencia y por su importancia la gingivitis tartárica. Las investigaciones de Galippe, modificando las antiguas ideas acerca la producción del sarro, han demostrado que la precipitación de los fosfatos y de los carbonatos térreos de la saliva depende de los microorganismos que contiene ésta; no solamente el leptotrix le sirve de armazón, sino que también concurren á su formación otros diversos microbios estudiados por Malassez y Vignal. Por una parte, el sarro, depositándose en el borde libre de las encías, las irrita y las inflama, é infiltrándose entre el diente y la encía, abre la cavidad alveolar á los gérmenes infecciosos; por otra parte, el sarro, como en su mayor parte está constituído por multitud de microorganismos de mucha vitalidad, sirve de origen á la mayoría de las estomatitis, y de todos modos las complica casi todas.

Es necesario, pues, poner una valla á la formación de sarro antes de que pueda determinar una lesión más grave, y para esto lo primero que hay que hacer es extraerlo. Esta extracción exige precauciones minuciosas, de manera que se destruya todo el depósito sin atacar el esmalte, sin infectar la encía y sin dejar partículas en las anfractuosidades de los dientes, que determinarían rápidamente nuevas precipitaciones. Los dentistas disponen de una serie de buriles y raspadores de dimensiones y corvaduras variadas para llevar á buen término esta limpieza, tratamiento preliminar de la mayoría de las gíngivo-estomatitis.

Una vez extraído el sarro, la gingivitis cura rápidamente por medio de algunos lavados con *sublimado* ó *timol*. Si hay ulceraciones ó fungosidades gingivales fofas y que sangran, se tocarán con *ácido crómico* al 1 por 10, con *ácido fénico* puro, con *tintura de yodo* y hasta con el *termocauterio*.

La curación se conservará por medio de una higiene rigurosa y una vigilancia especial de los puntos antiguamente enfermos y más amenazados de recidiva.

B. — ESTOMATITIS ULCEROSAS BENIGNAS

La mayor parte de las estomatitis catarrales pueden ir acompañadas de lesiones erosivas ó ulcerosas más ó menos profundas é invasoras, que, sin embargo, no añaden ningún nuevo caracter á la enfermedad primera.

Los niños atacados de coqueluche presentan á veces una ulceración traumática del frenillo de la lengua, que se convierte en puerta de entrada de una infección de las inmediaciones; la erupción laboriosa de un diente canino ó molar puede determinar una estomatitis ulcerosa; en la mucosa hinchada por una estomatitis primitivamente superficial, puede producirse una erosión por una aspereza dentaria siguiendo á esto una ulceración, etc.

En estos casos, al tratamiento ordinario de la estomatitis hay que añadir una intervención local en el punto ulcerado. Estas ulceraciones benignas ceden, por otra parte, muy rápidamente con algunos toques ligeros de *nitrato de plata*, de *glicerina yodada* (partes iguales de glicerina y de tintura de yodo), de *salol sulforricinado* (sulforricinato de sosa 4, salol 1), de *fenosalil* (ácido fénico 9, ácido salicílico 1, ácido láctico 2, mentol 0,1).

C. — ESTOMATITIS TÓXICAS. — ESTOMATITIS MERCURIAL

Hasta estos últimos años, se reservaba un sitio especial en el estudio de las estomatitis á las estomatitis llamadas tóxicas, que se manifiestan consecutivamente á la absorción de ciertos compuestos metálicos: mercurio, plomo, bismuto, arsénico, fósforo.

¿Se trata de especies morbosas especiales? ¿La estomatitis mercurial en particular, la más frecuente, y la mejor conocida de estas estomatitis, tiene caracteres específicos que le concedan su autonomía, ó es una estomatitis séptica vulgar que se desarrolla en un terreno favorable? ¿La eliminación del mercurio por la saliva es una causa suficiente, ó no hace más que modificar la nutrición de la mucosa bucal y favorecer en ella las pululaciones microbianas, como pueden hacerlo el azúcar y los venenos urinarios?

Esta última opinión, admitida desde hace mucho tiempo por los patólogos alemanes, es la que, á pesar de algunas excepciones, se sigue generalmente en la actualidad. Los trabajos de Galippe le han dado argumentos sólidos y el terapeuta la acepta tanto más de buen grado, por

cuanto el tratamiento que se desprende de ella da resultados muy satisfactorios.

Independiente de la cantidad de mercurio absorbido, pero más frecuente sin embargo después de la absorción de ciertos preparados ó de ciertas maneras de administrar el medicamento, pudiéndose desarrollar en una época más ó menos adelantada de un tratamiento hidrargírico soportado sin accidente alguno durante mucho tiempo y hasta no presentarse sino después de haber cesado toda medicación, la estomatitis mercurial, por lo que se refiere á su génesis y á su gravedad, depende sobre todo de tres condiciones etiológicas: el estado de los riñones, cuya insuficiencia obliga á las glándulas salivales á una sobrecarga de eliminación; la debilitación de la economía por la acción de la sífilis, del escrofulismo, de la gestación ó del estado puerperal; y la intervención de causas locales, entre las cuales la existencia de una gingivo-estomatitis anterior, de caries de los dientes, etc.; condiciones todas estas que concurren á un mismo fin: favorecer la infección de una mucosa en inminencia morbosa y la auto-intoxicación de un organismo deprimido.

Según esto, la indicación capital, primordial, para la estomatitis hidrargírica, así como para cualquier otra estomatitis séptica, será practicar la antisepsia de la boca, y algunos médicos se limitan á prescribir el lavado de la boca con una solución de sublimado al 1 por 4000 (de Renzi) con supresión del tratamiento hidrargírico y hasta sin esta supresión.

Que la estomatitis mercurial puede curar de este modo por el mercurio y muchas veces mejor que por el empleo vulgar del clorato de potasa, considerado durante mucho tiempo como casi específico, no lo dudo y muchas veces lo he comprobado. Pero debo añadir que todos los casos no se acomodan á esta simplificación teórica y he aquí á vuela pluma el tratamiento que he empleado siempre.

Lo primero es la *profilaxia*.

Antes de todo tratamiento mercurial, sobre todo intensivo, deberemos conocer el estado de los riñones. Si hay albúmina en la orina ó si la insuficiencia renal se manifiesta tan sólo por una simple disminución de la eliminación normal de los principios urinarios, es necesario ser prudente en el empleo del mercurio, y sobre todo en las prácticas de mercurialización que, según la experiencia, son más aptas para desarrollar la estomatitis: inhalaciones de vapores, fricciones, inyecciones de sales insolubles, administración de los calomelanos á dosis divididas. A no ser en caso de indicación apremiante y absoluta, nos abstendremos de ellos en los renales y los cardio-hepáticos.

Se cuidará luego de la integridad de la boca, tratando una gingivitis

preexistente, haciendo practicar la extracción del sarro de los dientes, la limpieza y la obturación de los dientes cariados, la extracción de los raigones irritantes, etc. Y se prescribirá la antisepsia bucal preventiva por los lavados antisépticos repetidos.

Si estas precauciones no se han tomado desde el principio del tratamiento mercurial y si la estomatitis ya está declarada, las indicaciones precedentes deberán ser más urgentes todavía. Los lavados se harán con soluciones de *timol* al 1 por 1000, de *sublimado* al 1 por 4000 ó de *cloral* al 1 por 100. Habitualmente prescribo el colutorio siguiente, que me da resultados buenos y rápidos contra la fetidez y la estomatitis:

Hidrato de cloral.	15	gramos
Alcoholado de cocleania..	150	—
Agua de menta.	850	—

M. s. a.

La frecuencia de los lavados se regulará según la intensidad de las lesiones, y en los casos graves no debe vacilarse en prescribirlos cada media hora y hasta cada cuarto de hora.

Al interior, á pesar de la autoridad de Panas, doy el *clorato de potasa* á la dosis de 4 gramos al día; sin atribuirle acción específica, lo considero como un coadyuvante útil de la antisepsia bucal.

Si las encías están atacadas intensamente y denudadas, practico un toque ligero con el *ácido clorhídrico* ó una solución *yodoyodurada* (yodo y yoduro de potasio, aa. 1; agua destilada, 2). Si hay erosiones ó ulceraciones de la mucosa, las toco dos ó tres veces al día con el *ácido clorhídrico*, el *ácido crómico* al 1 por 10 ó el *ácido láctico* al 1 por 3.

A la antisepsia local, que no solamente domina el desarrollo de la infección bucal y su propagación á los órganos inmediatos, sino que también se opone á la auto-intoxicación por las toxinas fabricadas en la boca, se añadirá la antisepsia del tubo intestinal y se tratará el estado general del enfermo para hacer más resistente el terreno orgánico.

El tratamiento mercurial se suspenderá desde que la estomatitis tome un aspecto algo grave y la curación de todo accidente bucal sea completa.

En cuanto á las estomatitis dependientes de la absorción del plomo, del bismuto, del fósforo, etc., estomatitis menos frecuentes, menos agudas, pero no menos tenaces, su tratamiento será el mismo que el de la estomatitis mercurial.

V

Estomatitis de especificidad dudosa

A. — ESTOMATITIS ÚLCERO-MEMBRANOSA

Si no se admite ya que una causa común de irritación, como la que puede producir la erupción de la muela del juicio basta para crear la estomatitis úlcero-membranosa, si se está de acuerdo para reconocer en ella un origen microbiano, es cierto, sin embargo, que la opinión de Rilliet y Barthez y de Bergeron, que la consideran como una enfermedad específica, contagiosa y epidémica, ha perdido mucho terreno y que, según la mayoría de los autores actuales, no es más que la forma más avanzada si se quiere de la estomatitis ulcerosa benigna, es decir, una infección séptica, polimicrobiana, cuya importancia y gravedad están aumentadas por la evolución dentaria, que modifica los líquidos bucales, y por causas generales que exaltan la virulencia de los microbios vulgares de la boca.

Que desde el punto de vista objetivo, en efecto, la estomatitis úlcero-membranosa no presenta caracteres clínicos bastante marcados para diferenciarla claramente de las formas ulcerosas de la estomatitis catarral vulgar; que su contagiosidad no existe ó no es tan intensa como se creía antes y que no se presenta sino cuando condiciones higiénicas particularmente desfavorables han logrado crear una oportunidad muy especial; que los resultados de la inoculación experimental no han demostrado perentoriamente la acción específica del microbio aislado y cultivado por Frühwald, todo esto es cierto. Y sin embargo, yo me pregunto ahora si se trata de una infección polimicrobiana desde el principio ó si un parásito específico interviene al menos para preparar el camino á las especies sépticas vulgares.

Sea lo que fuere, la estomatitis úlcero-membranosa (y esto es lo que hasta nueva orden debe reservarle un sitio aparte y darle un sello especial) es contagiosa y en ciertos medios puede revestir carácter epidémico. Sin duda que son necesarios una mucosa gíngivo-geniana y un organismo predispuestos para que se realice el contagio; lo mismo puede decirse de toda enfermedad contagiosa; pero cuando esta receptividad existe, el contagio de la estomatitis úlcero-membranosa es más claro y más frecuente que el de cualquier otra estomatitis ulcerosa, por ejemplo, la estomatitis mercurial.

De esto se deducen indicaciones profilácticas importantes: el aislamiento de los niños ó de los adultos que se encuentran en un foco de infección; la antisepsia rigurosa de la boca de todos los individuos que han podido estar expuestos al contagio; el aislamiento de los que ya están contagiados; la desinfección de los locales ocupados por los enfermos ó por objetos de que éstos se han servido y que pueden ser los vectores del contagio.

En cuanto al tratamiento de la enfermedad constituída, consistirá también ante todo en la antisepsia bucal; lavados prolongados y repetidos varias veces al día con una solución de *timol* al 1 por 1000.

Se tocarán las ulceraciones con una torunda de algodón higroscópico impregnada de una solución de *ácido láctico* á la mitad ó al tercio, ó de *sublimado* al 1 por 500: si la ulceración es profunda é invasora, puede detenerse por medio de un colutorio de *cloruro de cal* (cloruro de cal 3 gramos, glicerina 30 gramos), y hasta por una aplicación de cloruro de cal seco (Hutinel); en dos casos rebeldes, con úlceras persistentes, atónicas, he obtenido buenos efectos añadiendo á las medicaciones precedentes los toques, tres veces al día, con una solución de *sulfato de zinc* al 1 por 20 ó de *sulfato de cobre* al 1 por 40.

A estos medios creo útil la adición del *clorato de potasa*. Se ha exagerado el valor del clorato de potasa considerándolo como el específico de la estomatitis úlcero-membranosa; pero se ha caído en el extremo opuesto rechazándolo de una manera sistemática y relegándolo á la categoría de las medicaciones comunes de la estomatitis. Su poder antiséptico es casi nulo *in vitro*, y, sin embargo, Bergeron ha obtenido resultados constantes; por consiguiente, tal vez por un mecanismo indirecto es como se opone al desarrollo microbiano. De todos modos, está consagrado por la experiencia y tiene á su favor resultados que la antisepsia sola no siempre ha logrado obtener. Prescrito al interior á la dosis de 2 á 6 gramos (no se administrará, sin embargo, en los niños de muy tierna edad) y en forma de lavados con soluciones saturadas de esta sal alternados con lavados antisépticos, me parece un coadyuvante útil que disminuye sensiblemente la duración del mal.

Como en toda estomatitis grave y ulcerosa, se evitarán los dolores intensos de la masticación no dando más que alimentos líquidos, pero substanciosos, de manera que se impida la desnutrición que con tanta frecuencia acompaña la enfermedad por poco que se prolongue.

También se hará la antisepsia regular del tubo digestivo por el *benzonaftol* y el *salicilato de magnesia*, aa. 25 centigramos cada dos horas. Esta antisepsia impedirá la auto-infección y de ordinario es suficiente para

prevenir los fenómenos febriles, de los que por otra parte darían razón fácilmente la *antipirina* y mejor todavía el *sulfato de quinina*.

B. — ESTOMATITIS GANGRENOSA. — NOMA

Como la estomatitis úlcero-membranosa, el noma, á pesar de la constancia de su sitio y de la regularidad de su evolución, todavía es de origen específico dudoso. Entre la multitud de microorganismos que se han descubierto en el centro y en la periferia de las superficies mortificadas, ninguno parece que sea exclusivo de él, si no es tal vez el bastoncito encontrado por Schimmelbuch en el límite entre parte necrosada y la región sana; su inoculación á los animales no ha dado, sin embargo, resultados bastante concluyentes para que sea fundado considerarlo como agente específico del noma.

Se trata de una estomatitis de excesiva gravedad, no solamente local, sino general, cuya curación no puede esperarse sino cuando se instituye un tratamiento apropiado lo más cerca posible del principio.

Si se considera que el noma no es nunca una afección primitiva, sino siempre secundaria, que se observa en el curso y al final de ciertas enfermedades generales: fiebre tifoidea, disentería, escarlatina, viruela y sobre todo sarampión, y en los individuos debilitados por la miseria ó las privaciones, se comprenderá la importancia de las medidas preventivas; por lo cual en todo niño atacado de estas enfermedades generales, sobre todo si se reunen condiciones desfavorables de higiene, alimentación ó hacinamiento, debe vigilarse con cuidado especial la antisepsia de la boca.

Una vez declarada la enfermedad, el empleo de los antisépticos por sí sólo puede ser suficiente, aunque muy rara vez, para detener el mal en su primer estadio, en el período de ulceración superficial no edematosa.

Además, durante toda la evolución morbosa se prescribirá la más rigurosa antisepsia; disminuirá la infección local y podrá paliar, en la medida de lo posible, los inconvenientes de la intoxicación del enfermo por los productos eminentemente sépticos formados en el foco necrosado. Para esto se prescribirán cada hora lavados de la boca con la mezcla siguiente:

Agua destilada.	400 gramos
Licor de Van Swieten.	40 —
Tintura de eucalipto.	10 —

M. s. a.

Desde que aparezca el núcleo de induración, y con más motivo desde que la ulceración de la mucosa haya tomado el carácter francamente gan-

grenoso, se practicará una cauterización enérgica de toda la región invadida con el *ácido nítrico* humeante, el *ácido fénico* concentrado, el *ácido clorhídrico*, el *nitrato ácido de mercurio* ó el *cloruro de cal* seco, dejándolo algunos instantes y quitándolo después por medio de una irrigación prolongada y abundante.

Pero las más de las veces no habrá más que un recurso, un medio para atajar la marcha fatalmente invasora de la gangrena, y es la destrucción completa del foco en todo su espesor, llegando hasta las partes sanas, con el termocauterio.

Si no es suficiente la primera cauterización, si los bordes toman el aspecto gangrenoso, se repetirá, y si es necesario varias veces, hasta que la herida vaya vegetando de un modo franco.

Añadamos que, para llenar las pérdidas de substancia, que muchas veces son considerables, los ensayos de genioplastia deberán hacerse muy tardíamente, cuando haya desaparecido todo temor de recidiva del proceso gangrenoso.

Se comprende que el enfermo deberá colocarse en las mejores condiciones higiénicas, en una habitación vasta y aireada, y se procurará fortalecer el estado general, siempre alterado muy profundamente, por medio de los tónicos, el alcohol y una alimentación tan substanciosa como sea posible.

C. — ESTOMATITIS AFTOSA

El nombre de estomatitis aftosa debería reservarse para una enfermedad infecciosa, que en los casos algo graves podría llamarse fiebre aftosa del hombre y que sería idéntica á la fiebre aftosa de los bóvidos. Si su contagiosidad de hombre á hombre es discutible todavía, hay hechos ya bastante numerosos que atestiguan su transmisibilidad de los bóvidos al hombre, sobre todo por intermedio de la leche (David) y abogan á favor de su carácter específico, aunque la fiebre aftosa humana no haya puesto de manifiesto todavía su microorganismo específico, lo mismo que la de los bóvidos.

Nos preservaremos del contagio animal evitando llevar á la boca las manos que han tocado una vaca enferma; no se beberá la leche sospechosa sino después de haberla hervido, y como la nata, el queso, etc., continuarán siendo peligrosos, deberá prohibirse la venta de la leche de todo animal sospechoso ó enfermo de estomatitis aftosa.

La enfermedad habitualmente es benigna, y para curarla, son suficientes lavados antisépticos frecuentes. Se añadirán los toques de las ulcera-

ciones con una solución *cocaínica* al 1 por 20 para combatir el escozor y la disfagia, y las embrocaciones con un colutorio *boratado* ó *aluminoso*, ó también con una solución ligera de *ácido crómico* al 1 por 50 para apresurar la cicatrización.

Según Hirtz, el mejor tópico, el que da resultados más seguros y más rápidos, es el *salicilato de sosa* en solución concentrada al 20 por 100 al menos, con la que se harán embrocaciones de la mucosa bucal y faríngea cinco ó seis veces al día, principalmente después de las comidas. El salicilato de sosa comparado con otros antisépticos, por ejemplo el sublimado, tiene la ventaja de que calma en pocas horas y hace desaparecer muy rápidamente el escozor tan doloroso de las ulceraciones, lo que evita el empleo de la cocaína.

Además, se obtienen los mismos resultados con el *fenol sulforricinado* ó con un colutorio de *ácido salicílico* (ácido salicílico 2, alcohol c. s., glicerina 30).

En los casos graves de aftas confluentes, que se observan más especialmente en los niños debilitados ó en los viejos, los síntomas generales, y sobre todo la fiebre y los trastornos digestivos reclaman, además del tratamiento local, la antisepsia del estómago y del intestino por el *naftol* y los *salicilatos de bismuto* ó de *magnesia*.

D. — ESTOMATITIS HERPÉTICA

Por su etiología, la estomatitis aftosa se distingue de la estomatitis herpética, pero la semejanza de los síntomas hace que ambas afecciones se confundan ordinariamente.

La estomatitis herpética coincide casi siempre con el herpes labial, pero puede presentarse también en forma de brote aislado ó concurrentemente con la aparición de vesículas de herpes en un punto cualquiera del tegumento. Como todo herpes, es infecciosa y se presenta ya como manifestación primitiva, ya como infección secundaria acompañando á otra enfermedad general: pneumonía, fiebre tifoidea, sarampión.

El tratamiento consistirá en lavados antisépticos de la boca, en toques de las ulceraciones cada dos días con una solución de *nitrato de plata* al 1 por 10, y varias veces al día con un *colutorio boratado* (glicerina 20, bórax 2). El *salicilato de sosa* y el *ácido salicílico* se emplean también en las formas indicadas anteriormente con motivo de la estomatitis aftosa.

La variedad especial de estomatitis herpética, descrita por el profesor Fournier, y que tantas veces se confunde con lesiones sifilíticas de la

boca, el *herpes recidivante bucal,* se tratará como la forma vulgar, añadiendo las medicaciones capaces de modificar la constitución herpética, artrítica ó linfática del individuo, con la confianza de evitar de este modo la reproducción con frecuencia desesperante de los brotes de herpes.

E. — ESTOMATITIS IMPETIGINOSA

Se trata también de una estomatitis infantil, que coincide con el impétigo externo de la cara ó del cuero cabelludo; como éste, es contagiosa, inoculable y probablemente específica. Sevestre, que ha hecho el trabajo más importante acerca de esta afección, ha encontrado en ella el estafilococo dorado en los nueve casos que la ha estudiado bacteriológicamente y tres veces un bacilo especial, cuyo valor no puede precisarse con facilidad. El interés de esta estomatitis reside sobre todo en el hecho de que las placas que la caracterizan tienen una analogía bastante parecida con las pseudomembranas diftéricas, para que se le haya aplicado el nombre de estomatitis difteroide.

Benigna siempre, reclama un tratamiento muy sencillo: lavados con *agua boricada* ó *cloralada* y toques de las ulceraciones con un colutorio de *bórax* ó con el *salol sulforricinado,* ó con una solución de *ácido láctico* al tercio.

A la estomatitis impetiginosa se refiere una lesión comisural estudiada por Lemaître (de Limoges) y más recientemente por P. Raymond y Tenneson; es la *boquera,* que en realidad no es más que un impétigo de la comisura.

Tenaz muchas veces á causa de los tirones á que está sujeta, la boquera se tratará, después de haber desprendido las costras y de haber tocado la ulceración con *sulfato de zinc,* por medio de aplicaciones de *vaselina boricada.*

F. — ESTOMATITIS PULTÁCEA

La estomatitis pultácea, descrita por Bergeron, puede presentarse como enfermedad primitiva y aislada ó bien como infección secundaria en el curso de otra estomatitis, en forma de exudado blanco, cremoso, sobre todo grueso en las encías y en la lengua, poco adherente, y debajo del cual la mucosa es roja y sangra con facilidad, pero nunca está ulcerada. Indudablemente es parasitaria, pero todavía es desconocido su organismo patogénico.

A veces es benigna y cede en pocos días por medio de lavados

antisépticos cualesquiera; pero con frecuencia es tenaz, agota al enfermo y se presenta muy rebelde al tratamiento. Debe vigilarse con cuidado la limpieza de la boca y recurrir á lavados, embrocaciones y pulverizaciones antisépticas, hasta que la enfermedad esté en camino de resolverse (Tenneson).

VI

Estomatitis específica.—Estomatitis cremosa Muguet

El muguet es la única estomatitis cuya naturaleza específica está demostrada en absoluto. Su agente patógeno es un parásito accidental que, aunque no tenga su residencia exclusiva en la boca, tiene, sin embargo, en ella su sitio de predilección: el *Oïdium albicans* de Robin, el *Saccharomyces albicans* de Audry, parásito bien determinado, aunque su colocación en las clasificaciones está sujeta á controversias.

Estudiando la historia natural del muguet y su notable polimorfismo, Audry ha visto que se desarrolla *in vitro* tan bien y con tanta abundancia en los medios alcalinos como en los medios neutros ó ácidos, en oposición á la opinión generalmente admitida después de Gubler de que necesita un medio ácido. Roux y Linossier han fijado todavía más estrictamente las condiciones etiológicas de su aparición en el hombre, demostrando que se desarrolla mal en la saliva y explicando de este modo su aparición en los primeros meses de la vida, cuando la secreción salival todavía no está establecida, y en las afecciones caquécticas en las que la secreción está casi agotada; por último, Achalme ve en la aparición del muguet un fenómeno secundario consecutivo siempre á una primera fermentación microbiana, que tiene lugar en la leche ó en la boca (estomatitis vulgar) y que produce substancias ácidas que deben servir de alimento al hongo, cuyos gérmenes son transportados por el aire ó por contagio directo (Teissier).

En estas diversas nociones se fundan la profilaxia y el tratamiento racional del muguet.

El muguet se evitará en el niño por medio de una higiene bucal rigurosa, por la vigilancia de la leche, por la asepsia del biberón y del pecho de las nodrizas, sobre todo en los casos en que la misma nodriza lacta á varios niños.

También es la higiene bucal la que podrá prevenir la aparición del muguet en los adultos cuando se presenta como última manifestación de una enfermedad caquéctica: tuberculosis, cáncer, etc.

Contra el muguet ya desarrollado, conserva su importancia y su valor el antiguo tratamiento por los *alcalinos*. La acidez de la boca en los individuos atacados de muguet es un hecho real; que los alcalinos, modificando la reacción de los líquidos bucales dificultan directamente el desarrollo del parásito, ó que, neutralizando los ácidos producidos por una fermentación preliminar, lo sitíen y lo maten privándole de los elementos necesarios para su nutrición, lo cierto es que hoy día, como hace cuarenta años, son suficientes en los casos benignos algunos gargarismos con *agua de Vichy* ó con una solución de *bicarbonato de sosa*, lociones con un pincel ó con una torunda empapada en *agua de cal*, para detener y hacer desaparecer el muguet en muy pocos días.

Audry ha demostrado que el *bórax* es el verdadero antiséptico del muguet; añadido en pequeña cantidad al caldo de cultivo, lo hace estéril.

Se empleará, pues, preferentemente el borato de sosa, bien en gargarismos, bien en forma de colutorio boratado; pero más que en otras ocasiones se reemplazará en este caso, por razón de su acescencia, la miel del colutorio boratado oficinal por la glicerina, ó sea bórax puro 5 gramos; glicerina 20 gramos.

En ciertos casos tenaces en los que el bórax no es suficiente para detener con rapidez la vegetación parasitaria, podrá recurrirse á las embrocaciones de la cavidad bucal con una solución de *sublimado* al 1 por 1000 ó, como ya hacía Bazin, á toques repetidos dos ó tres veces al día con la solución hidro-alcohólica de sublimado al 1 por 30, reservando, sin embargo, este medio para los casos más rebeldes y solamente para los adultos.

En caso de propagación al esófago ó al tubo digestivo, se recurrirá al borato de sosa tomado al interior, á la dosis de 5 á 10 ó 20 gramos al día ó á la *resorcina* en solución de $0^{gr},50$ al 1 por 100, una cucharada de las de sopa cada dos horas (Baginsky).

CAPÍTULO III

TRATAMIENTO DE LA PERIODONTITIS EXPULSIVA Ó GINGIVITIS EXPULSIVA

POR

A. HUGENSCHMIDT

de París

TRADUCCIÓN DEL DR. D. JOSÉ A. MASIP

I

Consideraciones generales

La periodontitis expulsiva es una enfermedad infecciosa del tejido óseo alveolar de orden estafilocócico, que evoluciona en un suelo predispuesto, el terreno artrítico.

La afección está caracterizada por movilidad prematura de uno, varios ó todos los dientes, por destrucción gradual, verdadera fusión del tejido óseo alveolar, acompañada de supuración, y finalmente caída sucesiva de todos los dientes.

La enfermedad empieza por una gingivitis tartárica, para extenderse al periostio de la cresta alveolar, cuando el sarro ha penetrado más profundamente y ha destruído la encía. Desde que el periostio está destruído, el tejido óseo alveolar está expuesto á la infección, á los microbios piógenos que pululan en la cavidad bucal, al microbio patógeno preferido del tejido óseo, el estafilococo dorado en particular.

La enfermedad está entonces en pleno período de evolución, y si no se interviene, termina inevitablemente por la caída del diente.

Esta afección muy común es una de las que puede seguir y tratar el médico no especialista; por esto describiremos lo más minuciosamente posible la técnica del tratamiento, recordando que nos dirigimos á médicos y no á especialistas.

II

Tratamiento

En vista de las lesiones existentes: 1.° presencia del sarro; 2.° fondo de saco patológico inter-gíngivo-dental; 3.° infección del tejido óseo alveolar ¿qué debe hacerse?

Es necesario: 1.° Quitar el sarro, que existe siempre en mayor ó menor cantidad cuando hay supuración alveolar; 2.° *raspar* cuidadosamente el espacio inter-gíngivo-dental, operación que comprende el raspado de la superficie radicular del diente así como de la cresta alveolar invadida; 3.° desinfectar y cauterizar enérgicamente y de una manera repetida el campo operatorio.

Mencionaremos primero un procedimiento rápido, que consiste en destruir completamente el fondo de saco gíngivo-dental, procedimiento recomendado ya por Bourdet y Toirac en el siglo pasado, y resucitado estos últimos años por Cruet y Galippe, que consiste en incindir toda la altura de la encía invadida hasta el fondo de saco, bien con la punta ó un pequeño cuchillo del termocauterio, bien con el gálvanocauterio ó también con el bisturí ó las tijeras. Con unas tijeras rectas y agudas, una de cuyas ramas se ha introducido entre la encía y el diente, se hace una incisión vertical hasta el fondo del surco de desprendimiento; el hierro candente (gálvanocauterio) que se pasa por los bordes de la herida hace lo demás. La operación se practica, en uno ó en varios días, en todos los dientes atacados, y se somete el paciente á los lavados antisépticos; pueden ser necesarias algunas cauterizaciones suplementarias.

Este procedimiento da resultados excelentes y rápidos, pero exige una pérdida considerable de tejido gingival, y deja al descubierto la raíz del diente en mayor ó menor porción de su altura, lo que es un inconveniente desde el punto de vista estético. Si este inconveniente se disimula en el hombre gracias al bigote, en cambio es demasiado visible en la mujer.

Un procedimiento que deja intacta la encía y que nosotros empleamos es el siguiente:

La primera fase del tratamiento consiste en la *extracción del sarro*. Esta operación debe hacerse lo más minuciosamente posible; no hay que contentarse con extraer el sarro visible, el que recubre la cara externa de los dientes, pues éste es el menos nocivo, sino especialmente el sarro invisible, el que, según se trate del maxilar superior ó del inferior, puede

ascender ó descender hasta el vértice radicular de los dientes, sarro granuloso que invade progresivamente la raíz del diente, mientras que el alvéolo se infecta y desaparece hasta que cae la pieza. Este sarro invisible, este sarro semisólido algunas veces, que puede encontrarse en cantidad microscópica á mayor ó menor profundidad, es el que debe extraerse. También se deposita el sarro, y de un modo especial, en las partes laterales de las raíces de los dientes, y este sarro es el más difícil de desprender y el que con mucha frecuencia se olvida. Muchas veces se cree que se ha limpiado bien un diente, y sin embargo, la supuración continúa; si se coloca entonces durante algunos instantes en el fondo de saco gingival una bolita de algodón, para separar temporalmente la encía de la raíz, se distingue con extrañeza un pequeño fragmento tartárico, y, una vez extraído éste y cauterizado el fondo de saco, todo vuelve á entrar en orden.

Durante la operación de la extracción del sarro, desde que se han desprendido masas tartáricas subgingivales, hay que tener cuidado en lavar los fondos de saco con *agua oxigenada* por medio de una jeringa de cánula muy fina. El agua oxigenada no sólo tiene enérgica acción antiséptica, sino que tiene la propiedad de hacer espuma y arrastrar fuera de los fondos de saco todos los pequeños fragmentos tartáricos desprendidos, los cuales dejados allí serían el punto de partida, el núcleo de un nuevo cálculo.

La extracción del sarro hecha con cuidado es indolora en absoluto. Para el *raspado alveolar* podrá ponerse, antes de cada raspado, en el fondo de saco que ha de operarse, una pequeña mecha de algodón empapada en una solución de *clorhidrato de cocaína* al 10 por 100; se raspa luego minuciosamente el fondo de cada desprendimiento, de manera que se extraigan todas las partes óseas invadidas, pasando alrededor del diente, si el desprendimiento gingival es generalizado, ó solamente en una de sus caras, si la parte externa ó interna es normal.

Después de haber lavado los fondos de saco con agua oxigenada, pasamos al tercer tiempo del tratamiento, el cual podrá ser continuado por el médico de la familia, que consiste en cauterizar enérgicamente cada fondo de saco, de manera que se destruyan todas las partes óseas infectadas que hubiere dejado el instrumento.

Para esta cauterización, empleamos el *ácido sulfúrico concentrado* ó ácido *monohidratado*, y he aquí cómo se procede:

Después de haber secado bien la encía, se toma un alambre de platino muy delgado, que tenga un diámetro como la mitad de la aguja de Pravaz más delgada y aproximadamente su longitud, y se introduce en un

recipiente que contenga ácido sulfúrico; el alambre preparado de este modo con ácido se introduce *hasta el fondo del desprendimiento*. Si la infección es considerable y el fondo de saco contiene mucho pus, no debe vacilarse en tomar dos ó tres veces el ácido y pasarlo de la misma manera por el fondo de saco. Se lava luego con *agua bicarbonatada sódica*. El paciente se presenta entonces á los cuatro días.

Para la cauterización de los dientes inferiores el paciente está en posición sentada, mientras que para cauterizar el espacio peridental de los dientes superiores, el paciente debe estar echado hacia atrás, con la cabeza en extensión forzada, para que el vértice del desprendimiento ó vértice radicular esté á un nivel inferior al del cuello del diente y el medicamento empleado llegue al extremo del fondo de saco.

A la segunda sesión, si el raspado y la cauterización se han hecho bien, se encontrará un cambio considerable en el estado local; alrededor de muchos dientes la supuración habrá desaparecido completamente, y dientes muy movedizos están consolidados de una manera muy manifiesta. Si los fondos de saco son profundos y están invadidos muchos dientes, serán necesarias varias sesiones, pero cada vez se tiene la satisfacción de comprobar, junto con el paciente, una mejoría verdadera en el estado local, hasta la desaparición completa de la supuración y de todo fenómeno inflamatorio.

Debo añadir que hasta sin la extracción del sarro, que, sin embargo, es una condición *sine qua non* para el éxito absoluto, las aplicaciones de ácido sulfúrico puro hechas como hemos indicado, por médicos no especialistas, en caso de periodontitis expulsiva, han determinado una mejoría muy notable en el estado local de las encías. Es evidente que cuando ha desaparecido toda la pared alveolar no puede pensarse en que se reproduzca; pero, aun en estos casos, las aplicaciones repetidas de ácido sulfúrico con largos intervalos, produciendo un tejido cicatricial en los fondos de saco gingivales, determinan una contracción de éstos y una implantación más fija del diente.

Varias objeciones podrían hacerse al empleo del ácido sulfúrico puro.

Podría temerse que este ácido, siendo un agente muy enérgico, pudiera llegar más allá de la acción que se desea y producir extensas pérdidas de substancia. Esto sería posible si se empleara mucha cantidad de este medicamento, por ejemplo, inyectándole. No vacilamos un solo instante en afirmar que cualquier médico, especialista ó no, puede hacer estas cauterizaciones tal como hemos indicado, sin peligro alguno. Nunca hemos temido confiar este tratamiento al médico de la familia,

cuando los pacientes parten de París, y nunca hemos oído hablar de ningún accidente; en cuanto á nosotros, que hace diez años empleamos este método, habiendo hecho varios millares de cauterizaciones, nunca hemos observado el menor accidente.

Otra objeción; el ácido sulfúrico puro, siendo un ácido muy enérgico, debe atacar el diente de una manera extraordinaria. Nada de esto sucede sin embargo; el ácido puro ataca mucho menos rápidamente el diente que el ácido diluído. Tratamos algunos casos raros de periodontitis expulsiva en artríticos con manifestaciones cutáneas, que á cada momento tienen exacerbaciones gingivales correspondientes á las erupciones de la piel; se han hecho numerosas cauterizaciones, y en un caso particular muy rebelde, que tratamos desde hace más de siete años, y en el que hemos podido preservar los dientes, gracias á frecuentes cauterizaciones, no hay el menor vestigio de ataque de los tejidos dentarios por el ácido, erosión ó caries,—y hasta la caries parece que se detiene.

En cuanto á la objeción de que el ácido puro puede hacer muy sensibles al calor y al frío los dientes que toca, no sucede nada de esto si el ácido no está diluído.

Extraído cuidadosamente el sarro y bien cauterizadas las encías, se insistirá en que el paciente siga con todo su rigor los cuidados higiénicos de la boca.

Dos veces al día, por la mañana y sobre todo por la noche, se le harán cepillar los dientes con un polvo antiséptico más ó menos enérgico, según la calidad ó la rapidez de la formación del sarro.

Si el sarro está en pequeña cantidad, prescribiremos el polvo siguiente:

Mentol.	0 gr. 50
Salol.	4 gramos
Jabón.	10 —
Carbonato de cal.	10
Carbonato de magnesia.	30 —
Esencia de menta.	1 —

M. s. a.

Si el sarro existe en mucha cantidad y el paciente tiene dificultad en conservar limpios los dientes, á la fórmula precedente se añadirán de 5 á 10 gramos de *piedra pómez* pulverizada, y se insistirá en que el paciente, por la noche, pase un hilo de seda encerado entre cada diente, de manera que expulse todo detritus alimenticio que esté aprisionado en el espacio interdental. El hilo de seda es muy superior al mondadientes, el cual con mucha frecuencia, cuando se emplea de una manera intempestiva, infecta los tejidos peridentales; además sabido es la dificultad que hay

para expulsar ciertas fibras de carne con el mondadientes, mientras que la seda las expulsa inmediatamente.

Estando limpios los dientes, se recurrirá al *masaje de las encías,* dos veces al día, mañana y noche, durante dos minutos al menos; este masaje debe efectuarse con el dedo y no con el cepillo. Con éste, los pacientes encuentran el procedimiento muy doloroso y lo hacen imperfectamente, mientras que con el dedo puede hacerse una fricción muy enérgica sin dolor. La fricción debe partir de la línea media, para ir hacia la muela del juicio, volviendo luego al punto de partida tanto en el maxilar superior como en el inferior; se terminará haciendo algunas presiones fuertes, ó aplastamientos, partiendo del vértice de la raíz al cuello del diente ó sea de arriba abajo en el maxilar superior y de abajo arriba en el maxilar inferior. El mismo masaje se hará con el mayor cuidado en el interior del arco dentario, en el paladar y en la parte interna del maxilar inferior.

El masaje activa la circulación indolente de las encías y de los tejidos peridentales y suple la falta de masticación, se sabe que todo enfermo atacado de periodontitis evita el emplear los dientes, no mastica, toma los alimentos tan poco sólidos como puede, la miga del pan en vez de la corteza, por temor de aumentar el movimiento de los dientes. Precisamente debe ordenarse lo contrario; debe mascar mucho, emplear los dientes lo más que pueda, comer la corteza, hasta mascujar alguna substancia un poco dura—raíz de altea por ejemplo—no por una propiedad especial de esta raíz, sino para hacer trabajar los dientes. Un ejemplo muy convincente de lo que sucede cuando no se emplean los dientes lo encontramos en el perro.

El perro de caza, el perro callejero, el que recoge el primer hueso que encuentra y lo tritura, nunca enferma de periodontitis expulsiva y su boca no exhala ningún mal olor; en cambio el perro doméstico, el gozquecillo al que no se le da más que carne de pollo, picadillos y jamás un hueso, pierde todos los dientes y pronto por periodontitis, y exhala un olor *sui géneris.*

Después del masaje, se someterá el paciente *á los enjuagues* antisépticos con líquidos dosificados, parte muy importante del tratamiento post-operatorio.

Durante el tratamiento, se le obligará á que haga tres enjuagues al día, de *cinco minutos de duración al menos* cada uno—uno después de cada comida;—más tarde serán suficientes dos, uno á la mañana y otro á la noche.

La palabra gargarismo ó lavado de la boca no debe emplearse al hablar

con el paciente; pues en este caso el enfermo conserva el líquido antiséptico en la boca á lo más treinta segundos, tiempo alsolutamente insuficiente para que se produzca una acción efectiva. No debe olvidarse que los antisépticos más enérgicos, tales como el bicloruro de mercurio al 1 por 1000 necesitan al menos dos minutos de presencia continua en la boca para ser activos. En nuestras prescripciones indicamos siempre: baños de boca de cinco minutos de duración, *reloj en mano*, y explicamos al paciente que es necesario en absoluto que su boca esté en contacto con la solución antiséptica durante cinco minutos como mínimum, y mejor diez minutos.

Durante las dos ó tres primeras semanas del tratamiento empleamos una de las dos soluciones siguientes:

Sacarina	0 gr. 25
Bicarbonato de sosa	4 gramos
Hidrato de cloral ó ácido fénico	6 —
Esencia de menta	0 gr. 50
Agua hervida	1000 —

M. s. a. Para emplear en los baños de boca.

Después del período del tratamiento activo, para los cuidados ulteriores y permanentes, prescribimos una de las preparaciones que siguen:

Mentol		1 gramo
Acido tímico		1 gr. 50
Acido benzoico, Acido tánico	aa.	4 gramos
Tintura de quina, Tintura de canela	aa.	30 —
Alcohol		300 —
Esencia de menta		1 —

M. s. a. Una cucharada de las de café en un vaso de agua para baños y limpieza de la boca.

O bien:

Sacarina	0 gr. 20
Salol	3 gramos
Acido fénico	5 —
Tintura de vainilla	30 —
Tintura de canela	40 —
Alcohol	300 —
Esencia de geráneo rosa	1 —

M. s. a. La misma dosis que la precedente.

Muchas veces el paciente atacado de periodontitis se queja de hiperestesia generalizada ó localizada al cuello de uno ó varios dientes hasta no cariados, sensibilidad para las temperaturas extremas, al calor ó al frío y dolor al menor contacto. Si se examina detenidamente el cuello del diente, se nota que esta región está desgastada, en apariencia limada;—

es una lesión muy frecuente, casi exclusiva de los artríticos, gotosos y sobre todo reumáticos, y que es debida á la hiperacidez del moco bucal, que durante la noche no está neutralizado por la secreción salival alcalina, por estar en reposo las glándulas salivales.

Se prescribe la aplicación entre los dientes, todas las noches, en el momento de acostarse, del polvo siguiente:

Carbonato de litina.		2 gramos
Carbonato de cal.	aa.	20 —
Carbonato de magnesia. . . .		
Esencia de Wintergreen.		8 gotas

M. s. a.

El polvo no queda sobre los dientes, pero queda en el espacio interdentario una cantidad suficiente para neutralizar toda secreción ácida.

Si la sensibilidad está localizada á un solo diente, una cauterización ligera y rápida con el *termocauterio* ó el *gálvanocauterio* será suficiente muchas veces para suprimir esta hiperestesia.

Cuando los dientes se mueven mucho, porque el alvéolo ha desaparecido casi ó totalmente, se ligarán los dientes entre sí por medio de un cordoncito ó hilo de seda; si á pesar de esto, lo que sucede con demasiada frecuencia, el enfermo por temor de mover los dientes cuida imperfectamente la boca, se le ordenará que á la noche, después de haberse bañado la boca, haga una embrocación en las encías con la mezcla siguiente:

Cloruro de zinc.	aa.	0 gr. 25
Yoduro de zinc.		
Glicerina.	aa.	15 gramos
Agua destilada.		
Esencia de menta.		X gotas.

M. s. a.

ó también con una preparación que, en estos casos, nos ha dado excelentes resultados:

Yoduro de azufre.	1 gramo
Alcohol de 90°.	15 —

Disuélvase. Para embrocaciones en las encías.

Entre los demás procedimientos empleados, mencionaremos la cauterización de las encías con el *ácido crómico*, el *raspado alveolar*, las cauterizaciones con *sublimado*, con el *yoduro de zinc* ó con la pasta cáustica compuesta de dos tercios de *potasa cáustica* y un tercio de *ácido fénico* cristalizado, la *tintura de yodo*, el *cloruro de zinc*, el *ácido sulfúrico aromático* (al décimo) (1), etc.

(1) El ácido sulfúrico aromático de las farmacopeas británica y americana se compone

Es inútil añadir que, desarrollándose esta afección sobre todo en los artríticos, no debe descuidarse el tratamiento general.

En resumen, el tratamiento consiste:

1.° En raspar muy minuciosamente el espacio patológico peridentario, extrayendo el sarro y la cresta alveolar infectada.

2.° Cauterizar enérgicamente los fondos de saco con *ácido sulfúrico* puro ó cualquier otra substancia, aunque de todas las que hemos empleado el ácido sulfúrico es el que nos ha dado resultados más seguros.

3.° Cuidados consecutivos, que consisten en conservar los dientes de una manera muy cuidadosa, en pasarles el cepillo al menos dos veces al día, sobre todo de noche; en hacer mañana y noche el masaje de las encías; y por último, el empleo de los baños de boca antisépticos.

de ácido sulfúrico (200 gramos) diluído en alcohol (750 gramos) y aromatizado con tintura de jengibre (45 gramos) y esencia de canela (1 gramo) —*(N. del T.)*.

CAPÍTULO IV

TRATAMIENTO DE LA ODONTALGIA Y DE LA OSTEO-PERIOSTITIS ALVÉOLO-DENTARIA

POR

A. HUGENSCHMIDT

de Paris

TRADUCCIÓN DEL DR. D. JOSÉ A. MASIP

I

Consideraciones generales

La odontalgia ó neuralgia dentaria tiene por punto de partida una lesión situada en cualquier punto del trayecto de uno de los nervios dentarios, para extenderse desde allí á todas las ramas del trigémino.

Las causas de la odontalgia son casi siempre: 1.° una caries no penetrante del marfil, ó dentina, es decir una caries que no ha llegado á la pulpa dentaria, una dentinitis; 2.° una caries del marfil, penetrante, es decir que ha puesto al descubierto la pulpa, de lo que resulta una pulpitis; 3.° un diente muerto, es decir un diente cuya pulpa está destruída y en putrefacción: esta es la causa de las periostitis alvéolo-dentarias supuradas ó abscesos alvéolo-dentarios; estos abscesos son una de las causas más habituales de odontalgia.

Dos palabras solamente para recordar la anatomía del diente.

Sabido es que el diente se divide en tres partes: la corona, el cuello y la raíz ó las raíces; la corona es la que nos interesa particularmente en este caso, pues por ella es por donde casi siempre se realizan las infecciones.

La corona, llamada también la parte del diente situada fuera de la encía, comprende el *esmalte*, el *marfil* y la *pulpa*.

El esmalte, que forma una capa más ó menos delgada en toda la superficie de la corona, tiene la propiedad principal de proteger el diente

contra las variaciones demasiado bruscas de la temperatura del aire ó de los líquidos. Así es que desde que el esmalte, por cualquier causa, ha desaparecido de un punto de la corona, el diente se pone más ó menos sensible al frío. El marfil ó dentina se encuentra entonces al descubierto; y éste está atravesado por las fibrillas dentinarias que á su vez comunican directamente con la pulpa dentaria, *el órgano más sensible de la economía*. No tenemos necesidad de recordar que la pulpa, que ocupa la región central del diente, es un fascículo vásculo-nervioso que penetra en el diente por la abertura situada en la extremidad de la raíz ó foramen radicular.

Dicho esto ¿cómo distinguiremos una de otra, para tratarlas convenientemente, la dentinitis, la pulpitis y el diente muerto, causa de la periostitis alvéolo-dentaria?

Desde el punto de vista del tratamiento del dolor de dientes, es decir de la odontalgia, pueden estar reunidas la dentinitis y la pulpitis. ¿En qué reconocerá el médico no especialista—pues á éste es á quien va dirigido este artículo—que hay dentinitis ó pulpitis?

El signo físico cardinal y el más fácil de determinar es la reacción que da el diente sospechoso cuando con una pequeña jeringa se proyecta sobre él un poco de agua muy fría. Si el enfermo aqueja aumento del dolor ya existente ó si el dolor transitoriamente calmado despierta por el agua fría, puede afirmarse que el diente está vivo y que sólo está atacado de dentinitis ó de pulpitis, y se está seguro de que no se trata de un diente muerto. Entonces ya podemos abordar la cuestión del tratamiento.

II

Tratamiento

A. — TRATAMIENTO DE LA ODONTALGIA POR DENTINITIS Ó PULPITIS AGUDA

El diente, causa del dolor, es más ó menos excavado á consecuencia de la caries. La primera indicación consiste en desembarazar lo más delicadamente posible la cavidad de los residuos alimenticios que pueden ocuparla; se limpiará luego inyectando *agua bórica* templada ó hasta simplemente agua templada, si no se tiene nada mejor á mano. Se tomará luego una torunda pequeña de algodón del tamaño de un cañamón, impregnada de *creosota* ó de *ácido fénico* puro, *pero siempre en cantidad muy pequeña* para no exponerse á cauterizar las partes inmediatas. Esta bolita se coloca luego *muy suavemente* en la cavidad cariada, lo más

cerca posible del centro del diente; encima se ponen otras dos ó tres bolitas de algodón seco; la última podrá impregnarse ligeramente de *colodión*, si quiere conservarse colocadas las bolitas varios días.

Si á pesar de este tratamiento no cede el dolor, podrá recurrirse al medio siguiente. Se empapa con *láudano* una bolita de algodón, se la pasa por encima de *clorhidrato de cocaína* ó de *morfina* pulverizados (que se disuelvan en el láudano) y se introduce como en el caso anterior en la cavidad dentaria.

Si se prefieren mezclas ya preparadas, he aquí algunas fórmulas:

1.º

Clorhidrato de cocaína. . . . } aa.		0 gr. 20
Clorhidrato de morfina. . . . }		
Creosota.		C. s.

M. s. a. Hágase una pasta de consistencia cremosa.

Aplíquese una pequeña cantidad de esta pasta en una bolita de algodón, que se colocará en la cavidad del diente cariado.

2.º

Sulfato de atropina	0 gr. 10
Sulfato de morfina.	0 gr. 20
Láudano de Sydenham.	10 gramos

M. s. a. Uso externo.

Imprégnese una bolita de algodón (del tamaño de un cañamón) é introdúzcase en la cavidad.

3.º

Mentol.	2 gramos
Acido fénico.	3 —
Cloroformo.	5 —
Clorhidrato de cocaína.	0 gr. 25

M. s. a. Empléese como el anterior.

4.º

Mentol.	1 gramo
Alcanfor.	2 —
Hidrato de cloral.	3 —
Cloroformo.	4 —

M. s. a. Empléese como el anterior.

Si no se tiene ninguna de las soluciones anteriores, podrá emplearse la *antipirina* en solución saturada extemporánea. El resultado con frecuencia es muy notable; una pequeña bolita empapada de esta solución puede prestar grandes servicios contra el dolor, á veces muy intenso, consecutivo á la avulsión de un diente. Basta introducir la bolita en el alvéolo.

En los casos muy raros en que el dolor no ha cedido á los medicamentos anteriormente indicados, hemos empleado con éxito el *nitrito de amilo*, introducido en la cavidad cariada por medio de una bolita de algodón.

Por último, para completar los efectos de este tratamiento local, sobre todo si el dolor no ha cedido completamente, se harán tomar algunas obleas con *antipirina* ó *fenacetina*, y se hará una intensa aplicación de tintura de yodo en la encía alrededor del diente.

El *ácido arsenioso*, que se recomienda como medio local en ciertos manuales ó formularios contra la odontalgia, *no debe emplearse jamás* cuando hay pulpitis aguda (estado que se manifiesta sintomáticamente por dolor intenso y continuo, dolor que precisamente caracteriza la odontalgia). Antes de hacer esta aplicación, debe esperarse que los síntomas dolorosos hayan cesado al menos durante un par de días. El ácido arsenioso, como es sabido, da por resultado destruir de una manera permanente la vitalidad de la pulpa dentaria y por consiguiente su sensibilidad. Si se ha decidido la destrucción de la pulpa, se toma una mínima cantidad de ácido arsenioso, que se mezcla con ácido fénico ó creosota, hasta la consistencia cremosa; la cantidad que se introduce en el diente con una bolita de algodón debe ser inferior á la de una cabeza pequeña de alfiler y ha de aplicarse exactamente sobre la pulpa, *no en la encía;* pues en este último caso, el resultado sería un esfacelo de las partes blandas, con necrosis del alvéolo y del maxilar. Este algodoncito arsenicado debe encerrarse cuidadosamente en el diente, con algodón colodionado y se conservará aplicado durante veinticuatro horas; en la mayoría de casos, al cabo de este tiempo el diente se ha puesto insensible.

B.—TRATAMIENTO DE LA PERIOSTITIS ALVÉOLO-DENTARIA

Esta periostitis, como hemos dicho al principio, es una de las causas más frecuentes de la odontalgia; por otra parte, desde el punto de vista del tratamiento, conviene distinguirla de las dos clases que hemos estudiado reunidas: la dentinitis y la pulpitis.

Podría decirse que de cada cien veces las noventa, la periostitis alvéolo-dentaria que termina por flexión ó absceso dentario es debida á una raíz de un diente ó á un diente muerto, es decir, un diente cuya pulpa ó fascículo vásculo-nervioso está gangrenado y en estado de putrefacción.

Ahora bien, esta putrefacción se produce en la cavidad de la pulpa, cavidad cerrada en el sentido de que no comunica con la boca, es decir, con el aire exterior. Por consiguiente, los productos de la putrefacción de la pulpa dentaria, no encontrando salida del lado de la cavidad bucal, toman dirección inversa, pasan por la abertura radicular (por donde penetra el fascículo vásculo-nervioso) é infectan el periostio alveolar que

se inflama y determina los primeros dolores, generalmente muy intensos. El diente, sitio del mal, se pone cada vez más sensible, el enfermo no puede tocarlo con los dientes antagonistas sin producir un dolor inmediato y le es imposible la masticación por el lado enfermo. Al contrario de lo que sucede en los casos de dentinitis ó de pulpitis agudas, el diente no es sensible al aire frío ni á los líquidos calientes ó fríos.

Los dolores son lancinantes, continuos y sólo cesarán, si no se interviene, al cabo de unos dos ó tres días, cuando el alvéolo se perforará á causa de la compresión considerable que sufre por parte de los productos inflamatorios y de los gases acumulados en su interior, que se difunden por el tejido celular inmediato y constituyen la fluxión. La mejilla, el labio ó el paladar se ponen tumefactos en muy poco tiempo; desde entonces el dolor agudo cesa bruscamente á consecuencia de la desaparición de la compresión de los tejidos intra-alveolares.

Llegamos al tratamiento. Si el médico es llamado al principio de la periostitis, cuando el diente está prolongado y sensible solamente á la presión, deberá limpiarse inmediatamente el fondo de la cavidad cariada á fin de llegar á la cámara de la pulpa, de manera que se abra esta cavidad para que los productos de la descomposición de esta pulpa, en vez de ir á infectar el periostio escapándose por la abertura radicular, puedan verterse en la cavidad bucal.

Desde que el diente está destapado, se ve que por el orificio que se ha practicado va saliendo lentamente el pus y al cabo de poco cesa el dolor.

Si además el diente está obturado y si no se tiene á su disposición una pequeña barrena ó trépano, como sucede en el caso del médico no especialista, se obrará exteriormente.

Si se ve al enfermo durante las doce primeras horas, se le aplicarán varias capas de *tintura de yodo* en la encía.

La *refrigeración local* da excelentes resultados al principio de una periostitis alvéolo-dentaria; la aplicación continua de un trozo de hielo ó de una vejiga de hielo en la mejilla ó sobre el labio según sea el dedo enfermo (durante varias horas si es necesario, hasta que haya desaparecido completamente el dolor), con mucha frecuencia hará abortar una periostitis.

Las *emisiones sanguíneas* locales dan también buenos resultados. Se hacen en la encía, encima ó debajo del diente enfermo, á nivel de la punta de su raíz, dos ó tres punturas profundas con el bisturí, procurando atravesar la pared del alvéolo, á fin de llegar lo más cerca posible del extremo de la raíz, esto para evitar al enfermo dos ó tres días de sufrimiento, que representan el tiempo necesario para la perforación natural

de la pared alveolar. Además, obrando de esta manera, se evitará una fluxión en la mayoría de los casos.

Puede aplicarse igualmente una *sanguijuela*, que debe tenerse cuidado de aplicar en la encía por medio de un tubo de cristal para evitar que pase al esófago.

Podrán cortarse también en una hoja de papel Rigollot dos tiritas de 1 centímetro de ancho por 2 de largo, que se aplicarán una en la cara externa y otra en la cara interna de la encía que rodea el diente enfermo.

Si el dolor persiste violento, á pesar de todo lo que se habrá podido hacer, queda la *inyección subgingival* de una solución de *antipirina*, formulada del modo siguiente:

Clorhidrato de cocaina.	0 gr. 01
Antipirina.	0 gr. 50
Agua destilada hervida.	1 gramo

Disuélvase. Para una inyección.

Esta inyección generalmente es heroica; después de una exacerbación de algunos minutos, el dolor cesa casi siempre, pero este medio produce algunas veces una celulitis tan desagradable como la fluxión.

La preparación siguiente nos ha dado buenos resultados:

Alcoholaturo de acónito (hojas).	2 gr. 50
Clorato de potasa.	3 gramos
Jarabe de limón.	40 —
Agua destilada.	150 —

H. s. a. poción. A cucharadas cada dos horas.

Cualquiera que haya sido el tratamiento local empleado, no debe olvidarse someter al enfermo á los *enjuagues* sostenidos antisépticos, de cinco minutos de duración cada uno, con soluciones antisépticas, bien de *ácido fénico*, bien de *cloral* al 1 por 100.

Si el enfermo se presenta cuando la fluxión está declarada, hay que ensayar siempre el llegar á la cavidad de la pulpa y abrirla; se conocerá que se ha abierto esta cavidad por la aparición del pus; pero si el médico no puede llegar á destapar este diente, obrará del modo que sigue. Dos hipótesis pueden presentarse:

1.° El diente ó raigón, causa de la fluxión, está cariado en grado extremo y el enfermo no dispone del tiempo material necesario para el tratamiento de este diente. En este caso, no hay que vacilar. Es necesario extraer el diente ó el raigón, *sean cuales fueren el desarrollo y la agudeza de la fluxión;* por una parte, esta avulsión no tiene ningún peligro, y por otra, alivia inmediatamente al enfermo, extrayéndole su foco de infección. No se tendrá, pues, en cuenta la antigua preocupación de que

ningún diente debe extraerse durante el curso de una fluxión, pero se tomarán, por supuesto, todas las precauciones antisépticas posibles antes y después de esta operación.

2.° El diente no está suficientemente cariado para ser sacrificado ó el enfermo quiere conservarlo á toda costa; en este caso, el médico debe dirigir su atención á la pared alveolar que cubre al diente enfermo. Lo que deberá evitar ante todo es que el absceso alveolar se dirija hacia la piel, la que nos veríamos obligados á incindir, produciendo una cicatriz que si en rigor puede ocultarse en el hombre por medio de la barba, es sumamente desagradable en la mujer.

Para esto hay que *desterrar en absoluto el tradicional cataplasma de linaza en la mejilla, ó también el colchón de algodón con que se envuelve al enfermo.*

Todos los esfuerzos deberán concentrarse al interior de la boca.

Después de haber desinfectado bien el surco vestibular por medio de lavados ó enjuagues antisépticos, se empezará por desingurgitar las partes edematosas, dando un lancetazo sobre este surco vestibular, *en la dirección del vértice de la raíz del diente,* con el objeto, si es posible, de cortar la comunicación existente entre la perforación alveolar y el tejido celular que lo rodea. Se deja que sangre el mayor tiempo posible, después de lo cual podrán emplearse las preparaciones emolientes calientes, el *cocimiento de malvavisco boricado,* tan caliente como pueda soportarlo el paciente, conservándolo éste en la boca y renovando esta maniobra con tanta frecuencia como sea posible durante varias horas.

Si el absceso se dirige hacia la cavidad bucal, nada más debe hacerse; en cambio, si tomara la dirección de la mejilla ó del cuello, deberían continuarse los enjuagues muy calientes é inversamente aplicar sobre la mejilla compresas de agua muy fría y hasta helada. De este modo podrá evitarse muchas veces una cicatriz externa y determinar á pesar de todo la abertura del absceso en la cavidad bucal.

III

Osteoperiostitis alvéolo-dentaria debida á la erupción de la muela del juicio

Una variedad bastante frecuente de osteoperiostitis alvéolo-dentaria es la debida á la erupción difícil de la muela del juicio.

La infección se realiza aquí no por el diente, sino por la encía. En la gran mayoría de los casos, las muelas del juicio inferiores (pues son

casi siempre ellas las que dan lugar á estos accidentes, á veces muy graves), no pueden ocupar el sitio que les corresponde, bien por atresia del maxilar, bien por el volumen demasiado considerable de los dientes en evolución. Estos quedan cubiertos por la encía, excepto en un punto muy limitado de su superficie, y por este punto es por donde los gérmenes infecciosos que pululan en la cavidad bucal penetrarán en el espacio gíngivo-dentario, para desarrollarse fácilmente y manifestar su presencia por los accidentes tumultuosos tan conocidos.

Si se es llamado al principio, antes de que se haya producido el trismus ó contractura de los maseteros, así como la hinchazón considerable de las mandíbulas, se inyectará con una pequeña jeringa cuya cánula se insinúe entre la encía y el diente, una solución antiséptica fuerte, de *sublimado* al 1 por 1000 por ejemplo. Se harán varias inyecciones para desinfectar la región y el fondo de saco subgingival existente. Hecho esto, con el bisturí, ó mejor con el termocauterio, se escindirá un colgajo cuadrado de la cueva (una simple incisión no es suficiente, sino nociva), de manera que deje libre la corona del diente; se tocarán luego las regiones descubiertas con *tintura de yodo* y se someterá al paciente (parte muy importante del tratamiento consecutivo) á *enjuagues* frecuentes (cada hora) y prolongados (al menos cinco minutos), con soluciones al 1 por 100 de *ácido fénico* ó de *cloral*.

Si se llega demasiado tarde, cuando hay trismus, no puede hacerse más que *cloroformizar* al enfermo é intentar la *extracción* del diente.

CAPÍTULO V

TRATAMIENTO DE LAS FARINGITIS AGUDAS

POR

A. GOUGUENHEIM

Médico del Hospital Lariboisière

TRADUCCIÓN DEL DR. JOSÉ A. MASIP

Oto-rino-laringólogo

I

Consideraciones generales

En todos los tratados de enfermedades de la garganta figuran la descripción y el tratamiento de las enfermedades de la faringe, por tanto nos parece que es una idea del todo arbitraria el clasificar el tratamiento de estas afecciones en el de las vías digestivas; la faringe evidentemente forma parte de las vías digestivas por sus funciones de deglución, pero su patología está casi siempre subordinada á la de las fosas nasales y de la cavidad naso-faríngea, y depende de ellas hasta tal punto que sería casi legítimo el anexionar su patología y su terapéutica á la de dichas vías respiratorias superiores.

Por esto, desde el principio de este capítulo de terapéutica de las enfermedades de la faringe, podemos decir que su base la constituye el tratamiento de las vías aéreas superiores, y que la limpieza de estas vías, es decir, la irrigación de las fosas nasales y de las cavernas faríngeas, figurará en todo este tratamiento como uno de los elementos indispensables de la terapéutica faríngea.

¿Tengo que recordar cuán frecuente es ver la coincidencia de las afecciones agudas de la faringe, de la faringe nasal y de las fosas nasales? Nadie ignora ya que en las enfermedades más ó menos infecciosas de la garganta hay casi siempre correlación con las afecciones de la faringe superior, del oído y de las fosas nasales, y que la irrigación de estas

últimas representa un papel importante, que todo el mundo acepta en la actualidad.

Todos sabemos también cuán frecuente es la coincidencia de las afecciones rinofaríngeas crónicas y sobre todo de las vegetaciones adenoides con las granulaciones faríngeas y la hipertrofia de las amígdalas.

El catarro nasal, cualquiera que sea su causa, determina infaliblemente también la inflamación de la faringe.

Según mi experiencia, la limpieza de las vías respiratorias superiores influye siempre muy favorablemente sobre el estado morboso de la faringe inferior. Parece, pues, que la coincidencia casi constante de las afecciones de la faringe superior con las de la faringe inferior demuestra claramente la subordinación de la patología de la faringe inferior á la de la faringe superior y de las fosas nasales, y la necesidad de hacer intervenir en la terapéutica de las faringitis guturales y bucales el tratamiento de las enfermedades de la rinofaringe y de las fosas nasales para curar las afecciones de la faringe inferior.

Después de expuestas estas consideraciones generales, no tenemos más que describir la terapéutica particular de cada faringitis.

II

Etiología

A. — *Causas predisponentes.* — La causa predisponente más frecuente es la existencia anterior de la inflamación crónica del tejido adenoide diseminado en la superficie de toda la faringe; nada es tan común como el ver en los jóvenes, que son los enfermos atacados más frecuentemente de faringitis agudas, una hipertrofia anterior de este tejido adenoide, cuya consecuencia es el síndrome tan común de las vegetaciones adenoides, que no tengo que recordar actualmente, por haber hablado de él en otro volumen.

B. — *Causas determinantes.* — Son: 1.° *el frío*, causa ordinaria de casi todos los catarros agudos de la mucosa faríngea; 2.° los *agentes infecciosos;* para la mayoría de los autores modernos, el frío no obraría como causa determinante, sino consecutivamente á la existencia de los agentes infecciosos.

Este origen infeccioso de las faringitis agudas, que nadie niega ya, es uno de los descubrimientos más notables de la bacteriología; durante mucho tiempo las afecciones agudas de la garganta, que se suponían casi siempre debidas á la acción del frío, eran consideradas como afecciones

puramente locales; pero desde las investigaciones de laboratorio combinadas con la evolución clínica de estas afecciones, las faringitis agudas han dejado de considerarse como afecciones locales; desde el punto de vista clínico, hay la coincidencia de estas enfermedades agudas con lesiones viscerales, con las de las grandes serosas, y, por último, con la albuminuria, que había sugerido la idea de una infección cuya causa microbiana no tardó en descubrirse, de donde los nombres de pneumococia, de estreptococia y de estafilococia, denominaciones imaginadas hábilmente por Landouzy para la descripción de algunos de estos estados infecciosos.

El bacilo de Lœffler, cuyo papel era conocido antes del de los microbios precedentemente citados, pues había sido estudiado con anterioridad en su evolución patológica en los notables trabajos de Lœffler primero y de Roux y Yersin después, el bacilo de Lœffler tuvo la buena fortuna de ser combatido con éxito por el inmortal descubrimiento de Behring y el suero de Roux, resultado de este descubrimiento.

El bacilo de Lœffler, cuyos peligros se han atenuado considerablemente por el nuevo método de tratamiento, ha adquirido en la patogenia de las anginas agudas del adulto una extensión inesperada, pues en tanto que Dieulafoy demostraba su existencia frecuente en el curso de las anginas herpéticas, por mi parte yo lo encontraba muchas veces en la superficie de las inflamaciones vulgares de las amígdalas y de toda la garganta, y daba á conocer esta extraña y frecuente aparición en una memoria que dediqué recientemente á la difteria del adulto (1). También he llegado á comprobar la presencia de este microbio en la superficie de las placas sifilíticas secundarias, á las que puede imprimir el aspecto difteroide bien conocido. También he tenido ocasión de observar, como principio de una tuberculosis aguda, la existencia de una angina diftérica que curó, pero fué seguida de la evolución implacable de la tuberculosis faringolaríngea; desgraciadamente este caso no había sido examinado bacteriológicamente al principio, pues en la época en que lo observé no practicaba este examen, que ahora hago sistemáticamente en mi clínica en todos los individuos atacados de angina aguda.

Para acabar con las causas determinantes de las faringitis agudas, deberán citarse las fiebres eruptivas, sobre todo la escarlatina, y después la viruela y el sarampión; con mucha menor frecuencia el reumatismo, la

(1) Gouguenheim. — *Annales des maladies de l'oreille et du larynx*, 1895.
Más recientemente el mismo autor ha presentado una comunicación sobre el mismo asunto á la Sociedad médica de los hospitales de París. *Ann. des mal. de l'oreille et du larynx*, 1887, n.º 3.—(N. del T.).

gota y, por último, las causas patogenéticas, es decir, la acción de ciertos medicamentos, como el tártaro emético, el yoduro de potasio, el arsénico, etc., y, para terminar, citaremos las causas alimenticias que pueden producir tumefacción de la mucosa faríngea, las almejas, las ostras, etc.

III

Aspecto de las diversas anginas agudas

Las diversas variedades de angina aguda se manifiestan todas con la apariencia de inflamación difusa del velo del paladar, de la úvula, que puede ponerse edematosa, de las amígdalas y de la faringe posterior, cuya inflamación invade también la parte superior, de donde baja con frecuencia mayor ó menor cantidad de moco-pus.

En la superficie de estas regiones inflamadas, la vista descubre ulceraciones, vesículas de herpes, que se rompen con rapidez, pápulas y, por último, al cabo de muy poco tiempo, se presentan exudados que toman ora la forma punteada en la superficie de las amígdalas (amigdalitis folicular ó lagunar aguda), ó bien revisten el aspecto de membranas blandas (angina pultácea), duras (angina lardácea) ó herpéticas.

Estos exudados existen en la superficie de amígdalas muy rojas é hipertrofiadas, ó bien pueden encontrarse en el velo del paladar y en la úvula, donde con facilidad traen á la memoria la idea de difteria; pero se sabe actualmente que la falsa membrana está lejos de ser el equivalente de la difteria, pues causas microbianas muy diversas producen á veces este aspecto; el estreptococo, el pneumococo y el estafilococo son susceptibles de engendrar exudados absolutamente idénticos como aspecto á los de la difteria, y para diagnosticar todas estas afecciones seudomembranosas, hay que proceder con el microscopio. He dicho anteriormente, y lo repito, que numerosas anginas del adulto, anginas lagunares y anginas rojas, presentan en su superficie el bacilo de Lœffler, mucho más extendido de lo que se había pensado, si hay que creer las investigaciones de Dieulafoy y las mías. Las estadísticas que pienso dar á conocer relativas á anginas tratadas en mi pabellón de aislamiento del hospital Lariboisière, supongo que confirmarán esta opinión, que podría tener consecuencias bastante serias desde el punto de vista profiláctico.

Las anginas agudas, cualquiera que sea su origen, pueden presentar otro modo de ser y otro aspecto, pues la inflamación puede extenderse en profundidad, y la supuración terminal, que frecuentemente es la consecuencia de este proceso, puede llegar á la región celular submucosa y formar

á veces vastas colecciones purulentas peri-amigdalinas y subestafilinas: verdaderos tumores que forman prominencia dentro de la cavidad bucal, van acompañados de adenitis aguda y determinan trastornos de la respiración y de la deglución. Estos abscesos pueden coincidir con colecciones purulentas de la amígdala lingual y hasta de la amígdala faríngea; el oído se invade á su vez y de aquí la posibilidad de accidentes dolorosos y muy graves.

La inflamación, en ciertos casos, puede extenderse más lejos cuando es invadida la pared posterior de la faringe, y de aquí la formación de colecciones purulentas látero y medio-retro-faríngeas.

En el curso de ciertas faringitis agudas, debido á un mal estado general (puerperalidad, diabetes, albuminuria), puede encontrarse una complicación de la más peligrosa naturaleza, me refiero á la angina gangrenosa.

IV

Tratamiento de las diversas anginas agudas

El dolor, la disfagia y la disnea son las consecuencias de estas diversas inflamaciones.

El dolor que engendra la disfagia es el síntoma dominante de todas estas faringitis agudas, es el que los enfermos piden que se les alivie. Los medios terapéuticos para llegar á este resultado son internos y externos.

A. — MEDICACIÓN INTERNA

El medicamento que me ha dado mejores resultados, sobre todo en el tratamiento de las anginas catarrales superficiales no supuradas, y que empleo mucho desde hace algunos años, es el *salol*, bien en obleas, bien en una poción azucarada. El salol deberá administrarse á la dosis de 4 gramos en cuatro veces y con dos horas de intervalo; cuando el dolor no sea demasiado intenso, será suficiente la dosis de 3 gramos.

En los niños de pocos años se reducirá á 2 gramos.

Cuando no se produce supuración, si el medicamento se administra desde el principio, el dolor desaparecerá al cabo de uno ó dos días á lo más tardar, y la fiebre, á su vez, no tardará tampoco en desaparecer.

El *naftol* β y el *benzonaftol* también han sido eficaces, sobre todo cuando las anginas repetían y hasta cuando supuraban. Bouchard ha

atribuído la rapidez de estas curaciones á la acción antiséptica de este medicamento sobre el intestino.

Morell Mackenzie empleaba mucho el *guayaco* en forma de pastillas que llevan su nombre.

Cuando las anginas van acompañadas de un estado gástrico muy marcado, recomiendo la antigua práctica emeto-catártica, es decir, la *ipecacuana estibiada*.

Ipecacuana	1 gr. 50
Tártaro emético.	0 gr. 05

M. s. a.

cuyo empleo es eficaz en estos casos, pues la fiebre y la cefalalgia pueden desaparecer en veinticuatro horas bajo la influencia de esta antigua medicación.

En los casos graves y si hay gangrena, se dará á los enfermos una *poción de Todd* de 150 gramos y se aconsejará el empleo de los vinos espumosos y generosos.

No puedo pasar por alto, aunque otro colaborador se haya encargado del artículo sobre la difteria, de hablar del uso de la *seroterapia* en las anginas agudas. He dicho anteriormente cuán frecuente es encontrar el bacilo de Lœffler en la angina del adulto; ¿deberá recurrirse á la inyección de suero cada vez que el examen microscópico dé un resultado positivo? No veo que esto sea necesario en absoluto, á causa de la rapidez de evolución y de la benignidad de la enfermedad en la mayoría de estos casos; pero si la fiebre es intensa, así como el dolor; si la afección tarda algún tiempo en desaparecer; si se presenta albuminuria, creo que será prudente inyectar 10 gramos de suero, cuyo empleo en estos casos determina rápidamente la desaparición de los accidentes.

B. — MEDICACIÓN EXTERNA

Es muy importante: 1.° el *clorhidrato de cocaína* á la dosis de 1 á 2 centigramos puede aplicarse en forma de solución ó en polvo mezclado con azúcar.

Sin embargo, nunca se recomendará demasiado la prudencia en el empleo de este medicamento, cuyo uso puede convertirse en peligroso á causa de su acción tóxica.

2.° Recomiendo mejor en este caso el empleo del *mentol*, que no es tóxico, y puede aplicarse tanto como se quiera; deberá unirse al aceite de olivas á la dosis siguiente:

Mentol. . . . . 5 gramos
Aceite de olivas. . . . . 25 —
Disuélvase.

Las embrocaciones con *guayacol* se han recomendado por diversos autores, pero no debe olvidarse que su aplicación es dolorosa durante algún tiempo. Debe emplearse á la dosis de 1 por 20 de aceite de olivas.

Aconsejamos también otros medios locales que pueden lograr que se calme el dolor. Estos procedimientos, poco usados en Francia, se han recomendado sobre todo por los médicos extranjeros, en Inglaterra y en Alemania; me refiero á la *refrigeración*, que se obtiene por medio del agua fría que se hace pasar por el interior de tubos de plomo que rodean el cuello (tubo de Leiter); el agua, que penetra muy fría, se calienta en contacto con el cuello, pero se evacúa constantemente; el hielo cumple el mismo objeto; para emplearlo, se recurre á pequeños sacos de caucho que se colocan alrededor del cuello.

Por último, como la faringe nasal está irritada en casi todos los casos de faringitis aguda y las mucosidades consecuencia de esta irritación tienen tendencia á acumularse en la faringe nasal y á correrse hacia la parte inferior, tengo la costumbre, en todas las faringitis agudas, de asociar al tratamiento externo que acabo de exponer las irrigaciones nasales repetidas varias veces al día con el *agua bórica* al 2 ó 3 por 100. Completo este lavado de la cavidad posterior de la nariz por el de la garganta efectuado por la boca por medio de la cánula del sifón nasal; esta práctica es la de los hospitales de niños en los que se observan numerosas afecciones de la garganta.

Los procedimientos de lavado de las amígdalas y de la faringe por medio de líquidos de acción enérgica, como el *ácido fénico*, el *sublimado*, el *percloruro de hierro* y la *tintura de yodo*, están abandonados en la actualidad, y con razón, en el tratamiento de las anginas agudas.

En resumen, para tratar todas estas faringitis agudas, aconsejo: 1.° el empleo del *salol* á la dosis de 2 á 4 gramos al día, según la edad del enfermo; 2.° en caso de fenómenos gástricos y de cefalalgia violenta, la administración de la ipecacuana estibiada á la dosis que he dicho; 3.° el uso de medicamentos externos, como el *clorhidrato de cocaína*, el *mentol*, el *guayacol*, y por fin, en todos los casos la *irrigación nasal* y el *lavado* faríngeo con *agua boricada*.

V

Tratamiento de las faringitis agudas profundas y supuradas

A. — ABSCESO DE LA AMÍGDALA

Cuando la faringitis aguda se prolonga y aparece la supuración, debe vigilarse el momento en que el pus se habrá coleccionado y entretanto se continuará el tratamiento externo precedentemente descrito.

La colección purulenta puede hacerse bien en la amígdala, bien alrededor de ella; cuando tiene lugar en la amígdala, no siempre se comprueba con facilidad el sitio, pues el absceso puede hacer prominencia delante, detrás, arriba ó abajo; casi solo cuando es hacia adelante es cuando el sitio de la supuración puede comprobarse fácilmente por la vista, y la abertura con el bisturí será entonces muy fácil; pero si el pus no aparece hacia adelante, no deja de tener inconvenientes el practicar inútiles tentativas operatorias, que pueden dar lugar á infecciones de los tejidos y prolongar ó agravar la enfermedad. Cuando no se esté seguro de abrir el absceso, es preferible abstenerse y aguardar un poco.

Esta incertidumbre operatoria no existe cuando la supuración ha traspasado la región de la amígdala, pues entonces el velo del paladar está levantado en casi toda su extensión por la colección purulenta, que la fluctuación pone fácilmente en evidencia; en estos casos, la indicación operatoria está indicada del todo y la punción debe practicarse en el mismo velo del paladar. Si el pus no fluye inmediatamente, es raro que no salga con rapidez por medio de tanteos con la sonda acanalada.

Cuando el absceso está abierto, aconsejamos practicar una inyección detersiva en la cavidad con una jeringa llena de agua bórica. Esta práctica es una buena precaución, pues evita la formación de trayectos, cuya curación sería difícil, y á veces el origen de abscesos llamados crónicos, que pueden evitarse tomando estas precauciones.

B. — ABSCESOS RETRO-FARÍNGEOS

Esta localización retro-faríngea se manifiesta con más frecuencia en los niños de poca edad; el tratamiento es esencialmente quirúrgico y he aquí de qué manera aconsejamos que se opere.

Se emplean bisturís de hoja muy corta y con la punta se practica una

abertura bastante profunda: el pus surge inmediatamente y amenaza penetrar en las vías respiratorias, en las que su irrupción podría ocasionar consecuencias graves; por esto hay que volver rápidamente el niño y ponerle cabeza abajo, para evitar la introducción del pus en la tráquea; cuando el pus ha dejado de fluir, como el absceso es profundo y podría recidivar á causa del despegamiento de la mucosa, recomiendo que se introduzca en la herida una sonda acanalada y dislacerar sus paredes, lo que es fácil en el niño á causa de la blandura de los tejidos.

En el adulto, esta afección generalmente no es ni tan aguda ni tan rápida como en el niño, pues no tiene siempre el mismo origen; muchas veces es un tumor consecutivo á la caries de los cuerpos vertebrales, y su marcha no es aguda.

Sin embargo, en esta edad, una angina aguda puede determinar una inflamación profunda, y entonces el absceso se produce más bien lateralmente, detrás de la amígdala y del pilar posterior. Este absceso se complica casi siempre de una adenitis muy desarrollada subángulo-maxilar, y se colecciona ordinariamente en las inmediaciones de los vasos gruesos del cuello; en este momento se necesita mucha prudencia en el tratamiento, pues es fácil la abertura de dichos vasos y se ha observado. Esta es, pues, una eventualidad que el operador deberá recordar siempre, y es preciso que no olvide el peligro que puede surgir de la abertura de un absceso profundo de esta región. Esta variedad de absceso es susceptible de durar mucho tiempo, y cuando se ha observado en individuos de edad, puede confundirse con el epitelioma; he visto de ello varios ejemplos.

Otro peligro se ha indicado en estos flemones profundos, y es la disnea, que estalla á consecuencia de la propagación del edema á los repliegues ariteno-epiglóticos. Entonces deberá practicarse la traqueotomía.

C. — ABSCESO DE LA AMÍGDALA LINGUAL

La disnea también puede ser consecutiva á una inflamación de los folículos del tejido adenoideo que radica en la base de la lengua y se ha llamado amígdala lingual; la epiglotis, muy inmediata á estos folículos, no tarda en ser invadida, así como los tejidos celulares próximos; pero excepto en algunos casos, la disnea es rara en el curso de las anginas agudas de esta región, y solamente en casos excepcionales he tenido que recurrir á la traqueotomía.

No es excesivamente raro el ver coincidir las faringitis agudas con el edema de la úvula, pero es más raro todavía el ver que este edema se

propague debajo de la lengua; sin embargo, no debe perderse de vista que en individuos muy nerviosos puede sobrevenir el espasmo laríngeo y determinar una disnea tan formidable como inesperada, que se ha creído siempre causada por un edema glótico que nunca se ha buscado. Es bueno no ignorar que la traqueotomía muy raras veces es necesaria en el curso de las anginas agudas y de sus consecuencias.

CAPÍTULO VI

TRATAMIENTO DE LAS FARINGITIS CRÓNICAS

POR

A. GOUGUENHEIM

Médico del hospital Lariboisière

TRADUCCIÓN DEL DR. JOSÉ A. MASIP

Oto-rino-laringólogo

I

Etiología y patología

Las faringitis crónicas, que podrían llamarse también rinofaringitis crónicas, á causa de su frecuente coincidencia con las afecciones de la nariz, de la cavidad nasofaríngea y de la faringe inferior, coincidencia acerca cuya existencia no dejaré de llamar la atención, son las enfermedades que más comúnmente puede encontrar el especialista, así como el médico general, con el nombre tan conocido de *angina granulosa*. Esta denominación tan extendida debería comprender solamente las inflamaciones crónicas de la mucosa de la faringe póstero-inferior, pero evoluciona tantas veces junto con las afecciones del velo del paladar (sobre todo pilares posteriores) de las amígdalas y del tejido adenoideo rinofaríngeo, que verdaderamente es difícil localizar en esta pequeña porción de la faringe que se ve en el fondo de la boca una enfermedad cuyas ramificaciones son tan extensas.

En el lenguaje médico propiamente dicho, es costumbre no designar con el nombre de granulaciones de la garganta más que esas pequeñas pápulas diseminadas por la cara póstero-inferior de la faringe, rodeadas ó no de pequeñas arborizaciones vasculares, que pueden invadir y engrosar los pilares posteriores del velo del paladar, y están recubiertas las más de las veces de una capa de moco ó de moco-pus más ó menos desecado, moco y moco-pus que desciende de la faringe superior, ó sube y se

adhiere á la mucosa como verdadera cola. Este moco, que más veces viene de las partes superiores que no se forma en este sitio, difícil de expulsar, se deseca en contacto con el aire, se endurece, y la mucosa, cubierta por esta capa, acaba pronto por adelgazarse y tomar un aspecto liso y transparente.

Es muy cierto que las alteraciones de la faringe inferior son sobre todo el reflejo de las afecciones de la faringe superior y de las cavidades nasales; además, es raro que en los enfermos de rinofaringitis, las alteraciones del oído, tan comunes en las afecciones nasales y nasofaríngeas, no sean simultáneas.

Los diversos aspectos de esta mucosa faríngea de la angina granulosa, tumefacta en unos, atrofiada en otros, ha ejercitado la agudeza descriptiva de los médicos más célebres, y con esto han aparecido las denominaciones más variadas y más caprichosas de angina herpética, artrítica, linfática y estrumosa; todas estas controversias más ó menos brillantes casi no han servido más que para enriquecer el lado terapéutico, que es el que nos interesa más en este capítulo. Esta etiología naso-faríngea de la angina granulosa ha pasado desapercibida durante mucho tiempo y la imaginación de los terapeutas se ha agotado en vano para modificar estas lesiones de la faringe inferior que, á pesar de su pretendido origen diatésico, rehusaban mejorarse con los tratamientos nacidos de estas teorías, pues no eran más que inflamaciones secundarias.

La expulsión de los esputos y mucosidades es lo que constituye la sintomatología de esta afección. Los esfuerzos que hacen los enfermos para lograr este resultado, las alteraciones fonéticas que tan frecuentemente son consecuencia de ello, las quintas de tos continuas, la enervación que determinan todos estos esfuerzos y que engendra un estado terminal neurasténico tan común en muchísimos de estos enfermos, tal es en pocas palabras el balance clínico de la angina granulosa.

II

Tratamiento

Los esfuerzos de los médicos han tenido por objeto los fines siguientes:

1.° Modificar las granulaciones, que se suponía eran la causa de todo el mal.

2.° Destruir estas granulaciones.

1.° *Modificación de las granulaciones.* — Aplicación de las subs-

tancias más diversas, según el síntoma dominante, es decir, anestésicos, astringentes, antisépticos y cáusticos.

Nadie ignora cuán larga es la lista de estos medicamentos.

Los numerosos agentes medicamentosos que han invadido esta parte de la terapéutica se han prescrito en forma de colutorios, de polvos y de líquidos.

2.° La *destrucción de las granulaciones* que no podían hacer desaparecer los precedentes remedios, se obtuvo al principio por medio de pastas cáusticas, pero sobre todo durante estos últimos quince años por el empleo de la galvanocaustia, y esto en proporciones extraordinarias; ¿cuál es el enfermo atacado de faringitis granulosa que no haya sufrido innumerables sesiones de galvanocaustia, imperturbablemente repetidas por todos los especialistas, sin que jamás se produjera la curación más que durante un tiempo muy limitado?

He aquí la terapéutica que empleo y que propongo:

A. — Limpiar las fosas nasales, es decir, hacer lo necesario para desembarazar estas cavidades y la faringe nasal de las capas de mocopus depositadas por la irritación consecutiva á esta inmensa patología de las fosas nasales.

Las irrigaciones se practicarán por medio del sifón nasal, con *agua bórica* á la dosis de 2 á 4 por 100, ó con *agua bicarbonatada* á la dosis de 10 gramos por medio litro, y si las costras son demasiado adherentes, con *agua salada*, con lo cual estas costras se desprenden con mayor facilidad. Las irrigaciones deberán repetirse dos veces al día al menos, empleando medio litro de solución medicamentosa.

B. — Aplicar de vez en cuando en las partes blandas de las fosas nasales, cuando están tumefactas, líneas de fuego muy superficiales, por medio del *galvanocauterio*. Las cauterizaciones no deben ser demasiado profundas para evitar las sinequias.

C. — Practicar en las fosas nasales y la faringe nasal las operaciones necesarias, que no indicaré, pues su nomenclatura sería demasiado larga.

D. — Después de las irrigaciones, háganse insuflaciones en las superficies enfermas con el polvo siguiente:

Acido bórico.	aa. .	5 gramos
Talco.		
Mentol.	aa. .	0 gr. 25 á 0 gr. 50
Tanino.		

M. s. a.

Según los casos, podrá reemplazarse una ó dos de estas substancias, bien por el *yodoformo*, bien por el *yodol*, bien por el *aristol;* pero la primera fórmula casi siempre será suficiente.

E. — Más adelante podrán practicarse cauterizaciones muy ligeras con el galvanocauterio en las granulaciones faríngeas.

F. — Si el enfermo se queja de molestia, prurito ó dolor en la región, se harán embrocaciones en el fondo de la faringe con la solución siguiente:

Mentol.. . . . . 5 gramos
Aceite de olivas.. . . . . 25 á 50 gramos
Según la edad y el estado nervioso del enfermo

Disuélvase.

B. — MEDICACIÓN INTERNA

Independientemente de esta terapéutica local, es ventajoso aconsejar una medicación interna, de lo que harán el gasto el *azufre*, el *arsénico*, los *preparados yodotánicos*, el *aceite de hígado de bacalao*, los *alcalinos* y los *resinosos*. Estos numerosos medicamentos constituyen una farmacopea enorme al servicio de los enfermos y de los médicos, y de las afecciones de la garganta que el médico es llamado á tratar, como ya he dicho, la faringitis catarral crónica y la angina granulosa son ciertamente las más extendidas.

No se olvidará que en muchísimos enfermos son habituales los trastornos nerviosos y los diversos casos reclamarán la medicación antinervina con el *bromuro de potasio;* también la *hidroterapia* es eficaz en estos casos.

El uso de las aguas termales, sobre todo sulfurosas, como las de *Cauterets*, *Saint-Honoré*, *Allevard*, *Challes*, *Enghien*, etc., mejora notablemente el estado de estos enfermos. Las aguas de base arsenical *Mont-Dore* y la *Bourboule;* las aguas alcalinas: *Royat;* las aguas salinas: *Biarritz* y *Salies-de-Béarn* son en Francia las estaciones termales que deberán recomendarse en la mayoría de los casos (1).

C. — HIGIENE DE LOS ENFERMOS

Renunciar al tabaco, á los licores fuertes, á la alimentación excitante (vinagre, pimienta, mostaza) y evitar la permanencia en sitios cargados de polvo ó humo.

(1) Entre los manantiales españoles podrán usarse los siguientes, atendiendo á sus indicaciones: Las aguas sulfurosas sódicas de *Betelú* y *La Puda*, las sulfurosas cálcicas de *Carratraca*, *Arechacaleta*, *Martos*, *Santa Agueda*, *Escoriaza*, *Ontaneda*, *Elorrio* y *Cervera del Río Alhama* y las clorurado-sódicas sulfurosas de *Zaldívar*, *Chiclana*, *Otálora* y *Paracuellos*.

Las arsenicales de *Cardó* y *Alhama de Aragón* ó las sulfurosas arsenicales de *Carratraca* y *Bruyeres de Nava*.

Las aguas alcalinas de *Sobrón*, *Mondáriz* y *Marmolejo* y las carbónicas de *Villar del Pozo* y *Hervideros de Fuensanta*, que al mismo tiempo son ferruginosas.

Por último, las clorurado-sódicas débiles de *Fortuna*, *La Garriga*, *Caldas de Besaya*, ó las fuertes de *Loujo*, *San Juan de Campos* y *Cestona*. —(N. del T.)

CAPÍTULO VII

TRATAMIENTO DE LAS AMIGDALITIS CRÓNICAS

POR

A. GOUGUENHEIM

Médico del hospital Lariboisière

Traducción del Dr. D. JOSÉ A. MASIP

I

Etiología y patología

Después de las rino-faringitis y anginas granulosas que acabo de describir, la región de la garganta más atacada es la de las amígdalas; la clínica infantil y juvenil abunda en amigdalitis crónicas, que también son comunes, aunque menos frecuentes, en la edad adulta y en la edad avanzada.

La causa de la frecuencia de las amigdalitis en los niños depende de la composición anatómica del órgano; el tejido linfoide y adenoide es la parte más importante, y este tejido tiene la particularidad de engrosarse é hipertrofiarse, sobre todo durante la infancia, y se hipertrofia en totalidad de arriba abajo; por esto nada tan común como encontrar en este período de la vida la presencia simultánea de la hipertrofia tonsilar y la de las vegetaciones adenoides. A cada instante nos vemos obligados á intervenir para hacer desaparecer estas dos afecciones, y porque la amigdalotomía ha sido durante mucho tiempo la regla operatoria es por lo que han persistido los accidentes atribuídos después con justicia á la existencia de las vegetaciones adenoides, á despecho de la amigdalotomía sola. Esta observación había sido hecha ya por Chassaignac, que había extirpado numerosísimas amígdalas, pero no había podido descubrir la causa de estos fracasos desde el punto de vista de la ineficacia de la operación en los trastornos auditivos.

No siempre es una causa constitucional como la que acabo de describir, es decir, la hipertrofia estrumosa, lo que ha podido causar el aumento de volumen del tejido amigdalino; esta hipertrofia se presenta muchas veces después de accidentes agudos que atacaban á los enfermos, accidentes agudos que pueden sobrevenir en ciertos estados morbosos y que luego no se reabsorben; en el curso de los accidentes agudos de la difteria y de la escarlatina se desarrolla una hipertrofia tonsilar que puede subsistir; hemos visto también importantes accidentes específicos secundarios que han determinado hipertrofias amigdalinas muy marcadas, que no se resolvían después del tratamiento de la sífilis.

La hipertrofia de las amígdalas, cualquiera que sea su causa, puede ser muy considerable, dificultar sensiblemente la respiración y la deglución, producir tos, y á veces, en los niños, engendrar verdaderos accesos de falso crup.

Desde el punto de vista de la forma y de la consistencia, nada es tan variable como estas hipertrofias tonsilares.

Las amígdalas pueden llegar á ponerse en contacto, y este caso es frecuente en el niño; la hipertrofia muchas veces es más pronunciada hacia atrás, otras veces los pilares del velo del paladar están separados uno de otro y la hipertrofia amigdalina tiene entonces más anchura que profundidad; ciertas amígdalas presentan muchas irregularidades y están cubiertas de moco, que les da un aspecto muy desventajoso; las hipertrofias tonsilares pueden ser muy blandas en numerosos casos, sobre todo en los niños, pero también pueden ser muy duras y consistentes aun en esta edad, y es lo general en el adulto.

Las amígdalas están salpicadas en su superficie de orificios tanto más marcados cuanto mayor es la hipertrofia; estas aberturas son la puerta de entrada de canales ó lagunas, que en el curso de la inflamación crónica se llenan fácilmente de substancia caseosa en mayor ó menor abundancia; esta substancia, de color amarillento, que adquiere á veces un olor muy pronunciado, es un terreno de cultivo de los más favorables para los microbios de toda clase que penetran y pululan en las vías digestivas y respiratorias. Los bordes de estas lagunas pueden ulcerarse en cierta extensión, y estas ulceraciones complican á veces singularmente el diagnóstico.

En este tejido amigdalino más ó menos alterado, se encuentran en muchos individuos puntos blanquecinos que no siempre están formados por el producto caseoso de las lagunas, pero simulan fácilmente la amigdalitis lagunar crónica. Estos puntos blanquecinos están constituídos por filamentos blancos, muy duros, susceptibles de implantarse profundamente en el tejido amigdalino, de donde se expulsan con dificultad. Se ha reco-

nocido el origen parasitario de esta alteración, que no es más que una variedad de *leptothrix;* se la ha denominado *micosis* de la amígdala; no sólo se ha indicado su presencia en esta última, sino que esta afección parasitaria se observa igualmente en la base de la lengua y en los folículos de tejido adenoide inmediatos á la epiglotis.

La descripción de esta curiosa variedad de faringitis crónica se encuentra en este lugar, pues su tratamiento difiere poco del de las amigdalitis crónicas.

II

Tratamiento

A. — La terapéutica de las amigdalitis crónicas es decididamente quirúrgica, pues la destrucción de las amígdalas hipertrofiadas es el único medio curativo. Esta destrucción se realiza, bien por medio de instrumentos cortantes (bisturí, amigdalotomo), bien por el fuego (ignipuntura por el termo ó el galvanocauterio ó por medio del asa candente).

Las aplicaciones medicamentosas, sean las que fueren, no ejercen ninguna acción para la regresión de la hipertrofia amigdalina.

Los autores franceses, entre otros Calmettes y después Ruault, han preconizado en la amigdalitis crónica llamada lagunar, la abertura de las lagunas con bisturíes especiales; esta práctica, que se llama *discisión*, según ellos tendría el mérito de que, haciendo salir las masas caseosas, reduciría el volumen de las amígdalas y curaría la afección practicando en la superficie de las lagunas puestas al descubierto cauterizaciones con *nitrato de plata* ó con un líquido *yodado*. Casi nunca hemos obtenido con este procedimiento los buenos resultados indicados por los autores, y en todos los enfermos en que hemos intentado esta curación, la tonsila tomaba un aspecto desmenuzado de mala apariencia, persistía la hipertrofia, subsistían los inconvenientes de la inflamación crónica y más adelante tuvimos que recurrir siempre á la ablación.

También recurrimos á la ablación para curar totalmente la micosis faríngea, que con frecuencia resiste á la cauterización ó mejora demasiado lentamente por este medio.

La ablación será, pues, el procedimiento de elección que deberá preferirse á la prolongada y con frecuencia poco eficaz galvanopuntura.

Esta ablación puede realizarse con el asa galvanocáustica; pero, según nuestro entender, con mayor seguridad por medio del amigdalotomo, sobre todo en el niño.

Algunos casos desgraciados de hemorragia (casi nunca la he obser-

vado, aunque practico algunos centenares de operaciones cada año) han hecho que casi se abandonara esta operación tan fácil, procedimiento obligatorio en el niño, pero que en el adulto está lejos de ofrecer los peligros que siempre se habían considerado como constantes. En mi clínica del hospital Lariboisière, en donde la amigdalotomía con los amigdolotomos es casi de regla, apenas se observan algunos accidentes muy de tarde en tarde en varios centenares de operaciones de esta clase que se practican anualmente. Pero, para lograr este resultado, deberán observarse algunas reglas:

1.° Operar por la mañana, de manera que la hemostasia esté realizada cuando llegue la noche.

2.° Evitar la extirpación de la amígdala en su totalidad.

3.° Hacer tragar al enfermo pedacitos de *hielo* inmediatamente después de la operación, y continuar así todo el día para favorecer la hemostasia.

4.° Después de la operación, aplicar por precaución en la herida una bolita de *antipirina*, que se dejará aplicada el mayor tiempo posible; podrá emplearse también el *tanino*, según el método de Morell Mackenzie, pero estos dos medios son difíciles de usar en los niños, que constituyen la mayoría de los operados.

5.° Durante el día que seguirá á la operación, el enfermo se alimentará con leche fría.

La amigdalotomía se practicará siempre con instrumentos proporcionados al volumen de la amígdala; será necesario, pues, poseer una colección de anillos de varias dimensiones; para el éxito de esta operación, que debe hacerse rápidamente, será necesario que las amígdalas queden rodeadas cómodamente por estos anillos, lo que no tendrá lugar sino cuando el órgano salga con facilidad de la depresión amigdalina. Sin embargo, cuando la parte posterior de la glándula está muy hipertrofiada, es posible que esta porción escape á la sección; pero este inconveniente se repara con facilidad cuando se ha detenido la salida de la sangre, lo que no tarda.

La herida consecutiva á la amigdalotomía cicatriza con rapidez si el enfermo no sale de la habitación durante algunos días; cuando, por una causa cualquiera, esta herida se recubre de un exudado inflamatorio, bastará hacer embrocaciones sobre la herida con la solución siguiente:

Salol. . . . . 10 gramos
Alcanfor. . . . . 5 —

M. s. a.

que podrá emplearse varias veces al día.

B.—*Amigdalotomía por el asa candente.*—En el adulto, el procedimiento operatorio que acabo de describir podrá reemplazarse por el asa galvanocáustica, con tal que la fuerza eléctrica utilizada sea capaz de poner candentes asas metálicas de acero, de hierro ó de platino. La aplicación del asa es fácil si la amígdala es saliente y suficientemente voluminosa. No hay hemorragia por este método, que puede ser muy satisfactorio con la condición de que el asa no se caliente al blanco. La herida á veces es muy dolorosa y hay que curarla con *salol alcanforado*. Para la buena práctica de esta operación, recomiendo en el curso de la misma suspender una ó dos veces el paso de la corriente. Esta operación es muy rápida y es indispensable para extirpar amígdalas muy grandes.

C.—*Ignipuntura.*—Cuando la amígdala está muy hipertrofiada sin sobresalir de los pilares y no puede aprisionarse ni dentro del amigdalotomo ni en el asa galvánica, es necesario recurrir á la ignipuntura, que se practicará mejor con el gálvano que con el termocauterio, aunque este último se adapta mejor para las destrucciones extensas y se necesita repetir menos su aplicación.

La cauterización por medio del gálvano, como con el termocauterio, deberá efectuarse en la profundidad del órgano para dar lugar á una reducción notable de la amígdala. Se evitará cuidadosamente el quemar el pilar anterior y sobre todo el pilar posterior, por ser muy dolorosas las quemaduras de esta parte; terminada la operación, se proyectará sobre la herida polvo de *yodoformo*, de *yodol* ó de *aristol*, y se aconsejará al enfermo que gargarice varias veces al día la solución siguiente:

Hidrato de cloral.	10 gramos
Agua pura.	1 litro

Disuélvase.

Si el enfermo se queja, bastará hacer embrocaciones en la región con una solución aceitosa de *mentol* al 1 por 5 ó con el *salol alcanforado*. Se recomendará igualmente el empleo de pastillas de *clorhidrato de cocaína* al 1 por 1000 á la dosis de 10 al día. Las sesiones de cauterización tendrán lugar cada dos días (1).

(1) En general, se recomienda un intervalo mucho mayor, de seis, ocho, diez y hasta quince días, para dar tiempo á la eliminación de la escara. Ordinariamente hacemos una sesión cada ocho ó diez días, aplicando de cuatro á seis punturas por amígdala en cada sesión, con cocainización previa; sólo hay ligera molestia durante los dos ó tres días siguientes á la cauterización. De este modo las cauterizaciones pueden ser más enérgicas que con el intervalo recomendado por el autor, y hay tiempo para que se realice la retracción cicatricial consecutiva, y, por tanto, sin aumentar sensiblemente la duración del tratamiento, las sesiones son mucho menos numerosas; por término medio empleamos de ocho á diez, y nunca hemos tenido que pasar de catorce. Lo hemos empleado en niños de 6 y 7 años; pero

En el capítulo de la etiología de las amigdalitis crónicas he hablado de estas seudoamigdalitis lagunares que forman puntos blanquecinos más ó menos confluentes (micosis faríngea); para curar esta afección, es necesario practicar una cauterización galvánica muy profunda de las partes invadidas, y si esta cauterización es insuficiente, se destruirá la amígdala por los procedimientos que acabo de indicar.

en estos casos preferimos en general la amigdalotomía, por habernos convencido de la rareza de sus accidentes, aun en el adulto, en la clínica del autor en el hospital Lariboisière. — (N. del T.).

CAPÍTULO VIII

TRATAMIENTO DE LAS NEUROSIS DE LA FARINGE

POR

A. GOUGUENHEIM

Médico del hospital Lariboisière

Traducción del Dr. D. JOSÉ A. MASIP

I

Trastornos de la sensibilidad

A. — La *anestesia* de la faringe es un signo común del histerismo; también puede ser á veces el preludio de una afección de los centros nerviosos, pero de ordinario no tiene ningún inconveniente; pues para encontrarla es necesario buscarla con atención, porque no molesta al enfermo y por tanto no hay para qué tratarla.

B. — La *hiperestesia* es un signo muy frecuente, que habitualmente acompaña á las faringitis crónicas, y con facilidad se provoca por el examen de la faringe, sobre todo en este último caso; la hiperestesia desarrolla un espasmo de todos los músculos de la garganta en los alcohólicos y sobre todo en los nerviosos y algunas veces en los histéricos. Este espasmo dificulta considerablemente el examen del fondo de la boca, y para dominarlo, se necesita el empleo de los anestésicos locales, como la insuflación de *clorhidrato de cocaína* mezclado con partes iguales de azúcar pulverizado.

La hiperestesia va acompañada á veces de neuralgias con puntos neurálgicos en diversos sitios; en estos casos, el histerismo es la causa predisponente. Este estado reclama un tratamiento antinervioso: *bromuro de potasio*, 2 gramos al día como máximo.

Hidroterapia prolongada.

El tratamiento externo será análogo al de la hiperestesia, pero en estos enfermos hay que atenuar las dosis de *cocaína*.

La *parestesia* consecutiva á la existencia de un cuerpo extraño está caracterizada, no solamente por dolor, sino por sensaciones que hacen creer al enfermo que todavía existe el cuerpo extraño, que se continúa sintiendo mucho tiempo después de haber desaparecido.

Siempre es un fenómeno nervioso, común en todos los neurósicos y que exige la misma terapéutica que precedentemente.

II

Trastornos de la motilidad

A.—El *espasmo* muscular es un accidente consecutivo muchas veces al examen de los alcohólicos, fumadores é histéricos; es un fenómeno que acompaña siempre á la hiperestesia y que necesita el mismo tratamiento que ésta.

B.—*Parálisis.*—La parálisis más frecuente es la del velo del paladar.

No hay ningún médico que no haya tenido ocasión de encontrar esta parálisis, que se observa la mayoría de las veces después de las anginas diftéricas y tal vez de otra naturaleza.

Está caracterizada por una inmovilidad completa del velo del paladar, alteraciones vocales, voz nasal, trastornos de la deglución y expulsión de los alimentos y bebidas por las fosas nasales.

La parálisis del velo del paladar se observa también en la parálisis facial, cuando la parálisis del nervio tiene su causa muy arriba en el conducto de Falopio, por encima del ganglio geniculado.

La parálisis diftérica se modifica muy fácilmente por la acción de la *faradización*, debiendo emplearse una corriente de mediana intensidad. Para hacer uso de la corriente, se tendrá un polo en la mano y se aplicará el otro en el velo, por encima de la úvula.

Al mismo tiempo se administrará por el estómago la *nuez vómica* á la dosis de IV á VIII gotas de tintura diluídas en un poco de agua.

La faradización no obra tan favorablemente sobre la parálisis causada por alteración del nervio facial.

C.—*Parálisis de los constrictores de la faringe.*—Es consecutiva á alteraciones graves del sistema nervioso central, y sobre todo de la médula oblongada; los enfermos no pueden tragar su saliva y para que no

corran el riesgo de atragantarse por la penetración de la saliva en las vías respiratorias, tienen que descansar en un sillón, con la cabeza hacia adelante, á fin de facilitar la salida del líquido salival.

Cuando la deglución no puede efectuarse, es necesario á veces aplicar una sonda esofágica permanente. Es un accidente observado muy raras veces.

CAPÍTULO IX

TRATAMIENTO DE LOS CUERPOS EXTRAÑOS DE LA FARINGE

POR

A. GOUGUENHEIM

Médico del Hospital Lariboisière

Traducción del Dr. D. JOSÉ A. MASIP

I

Consideraciones generales

Es una cuestión muy práctica y cuya observación es muy frecuente.

Los cuerpos extraños de la faringe son variados al infinito; el mayor contingente lo constituyen los alimentos; los huesos de la carne y las espinas de pescado se encuentran con frecuencia; las piezas dentarias artificiales, los alfileres y las agujas, y los cuerpos de todas clases que no tienen facilidad para detenerse en la faringe sino á favor de partes aceradas, que se introducen en los tejidos blandos. Algunas veces cuerpos redondeados, como piezas de moneda, pueden detenerse en el esófago.

La amígdala, la base de la lengua, el punto de unión del esófago y de la laringe, son partes que sirven habitualmente como puntos de detención de los diversos cuerpos extraños.

Éstos se distinguen fácilmente si están implantados en las amígdalas, pero en los demás sitios es indispensable el *examen laringoscópico*.

A veces podrá suceder que la transparencia de algunos de estos cuerpos extraños, por ejemplo, una espina de pescado, haga dificultoso su descubrimiento; en este caso, se hace indispensable el examen digital, el tacto de la faringe, para completar el examen, pues el tacto permite distinguir las menores desigualdades.

Antes de practicar este tacto, para insensibilizar la faringe, será necesario hacer una insuflación de polvo de *cocaína* ó practicar muy suave-

mente una embrocación en la faringe con una solución de cocaína al 1 por 10 para no cambiar de sitio el cuerpo extraño; el tacto debe practicarse entonces con mucha suavidad para poder reconocer los pequeños cuerpos extraños que el examen ocular no ha podido descubrir.

Será bueno recordar que algunos cuerpos extraños pueden clavarse en los tejidos y salir después á través de la piel; en este trayecto, pueden desarrollar un flemón ó perforar órganos importantes, arterias, venas ó cuerpo vertebral; son accidentes muy raros. En este caso será necesario el examen por los rayos X.

II

Tratamiento

La extracción deberá hacerse por medio de una pinza recta, después de deprimir la lengua, lo que es muy fácil si el cuerpo extraño está en la amígdala; si está oculto en otra región, base de la lengua ó todavía más abajo, deberá recurrirse al auxilio del espejo laringoscópico y coger el cuerpo extraño con una pinza acodada laríngea. Si esta última maniobra se hiciera difícilmente, será preciso, después de la anestesia, buscar con el dedo el sitio del cuerpo extraño, y luego, sirviendo de guía este dedo, se dirigirá la pinza, que cogerá el cuerpo extraño.

He hablado anteriormente de estas sensaciones consecutivas á la desaparición del cuerpo extraño que se han descrito con el nombre de parestesias faríngeas: los enfermos creen entonces en la existencia del cuerpo extraño y reclaman con tenacidad su extracción. Esta seudosintomatología se combatirá por el tratamiento anestésico local.

CAPÍTULO X

TRATAMIENTO DE LOS TUMORES DE LA FARINGE

POR

A. GOUGUENHEIM

Médico del hospital Lariboisière

TRADUCCIÓN DEL DR. D. JOSE A. MASIP

I

Tumores benignos

A.—CONSIDERACIONES GENERALES

El papiloma y el fibroma constituyen casi siempre esta variedad morbosa que todos los médicos pueden encontrar en su práctica.

El velo del paladar y la amígdala son su asiento ordinario.

Casi constantemente es el borde del *velo del paladar* en donde están situados estos tumores, en general muy pequeños; sin embargo, se encuentran también, aunque más raras veces, en la cara superior ó póstero-superior.

La *úvula* es el sitio del velo donde se los observa con más frecuencia. Se ven entonces en la punta de la úvula pequeños tumores que tienen el aspecto de coliflor ó de vegetaciones, y únicamente en estos casos es cuando existe una sintomatología especial percibida por el enfermo, pues los papilomas de la cara anterior y del borde del velo no los sospecha el enfermo y son enfermedades que se descubren casualmente por un examen.

Los signos de los papilomas de la úvula consisten en una necesidad constante de deglutir.

B.—TRATAMIENTO

La ablación es el único medio para curar al enfermo; esta escisión constituye el manual operatorio de la uvulotomía, operación que se prac-

ticaba antes de un modo algo abusivo en el tratamiento de las faringitis crónicas y que se efectúa de la manera siguiente: Después de deprimir la lengua, se coge el extremo enfermo de la úvula con una pinza larga y se hace la sección inmediatamente por debajo de esta pinza con unas tijeras largas; de esta manera se evitará el seccionar demasiado arriba, pues el instrumento podría encontrar allí vasos relativamente importantes, que tal vez producirían una hemorragia, que en algunas ocasiones ha sido alarmante. Si la sección se ha practicado bastante abajo, la cicatrización es muy rápida; en todos estos casos, para combatir la ligera hemorragia que puede sobrevenir, será suficiente cauterizar la herida con el galvanocauterio.

Igualmente se practica la operación con el aprietanudos galvánico.

En cuanto á los cuidados consecutivos, bastará obligar al enfermo á que no fume, que se abstenga de alimentos irritantes y que haga gárgaras con *agua bórica* varias veces al día.

El velo del paladar puede ser también asiento en su parte superior de tumores fibrosos ó adenofibromas, que dificultan de un modo notable no sólo la función de la deglución sino á veces también la de la respiración.

El tratamiento de estos tumores es muy sencillo; se limitará á coger el pedículo del tumor con unas pinzas especiales y cortar este pedículo con el asa galvánica.

Para el tratamiento consecutivo, se aconsejarán á los enfermos irrigaciones nasofaríngeas con agua bórica.

2.° *Amígdalas.*—La amígdala puede ser asiento de tumores, que no se revelan por ningún síntoma cuando son muy pequeños y sólo se descubren por casualidad; pero estos tumores á veces pueden desarrollarse considerablemente y propagarse hacia la faringe inferior; se han visto algunos, pero es raro en extremo, que penetraban en la laringe y determinaban accidentes disneicos muy graves; por esto es bueno extirpar no sólo los pequeños tumores, á pesar de la falta total de síntomas, sino sobre todo esos tumores considerables, tan peligrosos por su movilidad. El tratamiento consiste en la ablación por medio del asa galvánica, teniendo cuidado de atraer hacia afuera la masa del tumor con una pinza. Siempre será necesario deprimir la lengua.

II

Tumores malignos

A. — CONSIDERACIONES GENERALES

Los tumores malignos de la faringe pueden presentarse en todas las porciones de este conducto; con bastante frecuencia radican en la base de la lengua. Empiezan también muchas veces á la entrada de la faringe y del esófago; otras veces su asiento primitivo es la amígdala.

Desde el punto de vista histológico, el epitelioma es el que se observa con mayor frecuencia, pero se encuentra igualmente el sarcoma, cuya marcha es más lenta y el infarto ganglionar menos marcado.

Los tumores faríngeos malignos tienen habitualmente un período preulceroso, durante el cual el diagnóstico no deja de ser bastante incierto y las más de las veces en èste momento es posible el error y la enfermedad durante algún tiempo puede parecer que tiene un origen distinto.

Sobre todo la confusión más fácil es con los accidentes específicos terciarios. Pero el dolor y la salivación se manifiestan con mucha mayor frecuencia en el curso de los tumores carcinomatosos que en el de los tumores de otra naturaleza. Sin embargo, es interesante ver que algunas veces en este período preulceroso, el tumor disminuye al mismo tiempo que el dolor se desvanece; estos casos, que se observan raras veces, han contribuído á que se atribuyeran á otra causa estas desapariciones bruscas y ha podido invocarse la sífilis para explicar estas seudocuraciones. Hemos tenido ocasión de observar algunas veces estas curaciones verdaderamente extraordinarias, sobre todo por su rapidez, pero duraban poco; se trataba en estos casos de períodos de remisión que tienen lugar á veces durante la evolución de los tumores malignos de la garganta. Es bueno que el médico esté al corriente de la posibilidad de estas remisiones, para no atribuirse éxitos que en todo caso serían muy efímeros.

Solamente durante este período preulceroso es cuando el diagnóstico puede ser dudoso; pues cuando la ulceración es aparente y el tumor está cubierto de vegetaciones, cuando la salivación es continua y aparecen las hemorragias, ya no hay motivo de duda; el tejido patológico, de una dureza característica, de cuya superficie el tacto hace rezumar sangre en mayor ó menor cantidad, y el olor del líquido, todo esto hace fácil el diagnóstico.

Sin embargo, he visto retrogradar estas alteraciones graves be-

neficio de embrocaciones con una solución de *azul de metileno* á la dosis de 1 por 50 en un caso de ulceración epiteliomatosa de la amígdala, pero estos casos son excepcionales; ordinariamente este medio, como todos los demás, es ineficaz en absoluto. Su acción en todos los casos no es más que transitoria.

He encontrado casos de cáncer de la amígdala en los que la tumefacción no existía durante mucho tiempo, y en la depresión amigdalina en vez de tumor se veían ulceraciones dolorosas sobre un fondo muy poco prominente; pero en general la tumefacción acaba por manifestarse con el aspecto ordinario.

El cáncer de la faringe está, pues, constituído generalmente por un tumor que se desarrolla en un punto variable de la región, pero tiene tendencia á invadir toda la garganta y á causar los accidentes que son su consecuencia, tales como disfagia, disnea y adenopatía, y termina casi infaliblemente por ulceraciones, hemorragias y la muerte.

B. — TRATAMIENTO

Cuando el diagnóstico sea dudoso y la afección no esté ulcerada, se someterá el enfermo al tratamiento antisifilítico mixto ó simplemente yodurado; se aumentará progresivamente la dosis de *yoduro de potasio*, y como correctivo de este tratamiento, se administrarán tónicos, como el *hierro* y el vino de *quina*.

Sobre la adenopatía inmediata se aplicará el *emplasto de Vigo*.

Si el enfermo tiene dolores intensos, se le prescribirán los antinervinos, tales como la *antipirina*, á la dosis de 1 á 2 gramos, ó la *exalgina*, á la dosis de 50 centigramos, ó la *aconitina*, á la dosis de 1 á 2 miligramos.

En el período de ulceración, cuando la duda será imposible, se recomendará la medicación siguiente:

Licor de Fowler, á la dosis progresiva de II á XII gotas; los vinos de *coca* y de *kola*. En la úlcera se aplicará la solución de *azul de metileno*, á la dosis de 1 por 50, una vez al día, ó el polvo de *aristol*.

En caso de dolores intolerables, insúflese polvo de *clorhidrato de cocaína* mezclado con partes iguales de azúcar en polvo, el *aceite mentolado* al 1 por 5 ó bien háganse embrocaciones con *tintura de acónito*.

Se evitarán las cauterizaciones y las ablaciones parciales; por último, si se presentan hemorragias, aplíquense bolitas empapadas en una solución de *antipirina* á partes iguales, ó empléese el *agua oxigenada*, que se llevará á las superficies hemorrágicas.

A veces si la neoplasia no se extiende demasiado lejos en un lado de la garganta y la adenopatía no es muy marcada, sobre todo cuando se trate de la amígdala, podrá ensayarse la extirpación de ésta por la vía externa.

Por último, no se olvide de añadir á estos paliativos el empleo de las *irrigaciones* bucales y naso-faríngeas, que alivian al enfermo.

En resumen, la terapéutica de los tumores malignos de la faringe es puramente paliativa y puede decirse que nunca curativa.

CAPÍTULO XI

TRATAMIENTO DE LA SÍFILIS DE LA FARINGE

POR

A. GOUGUENHEIM

Médico del hospital Lariboisière

TRADUCCIÓN DEL DR. D. JOSÉ A. MASIP

Es rara en el período primitivo, en el cual se encuentra sobre todo en la amígdala (chancro de la amígdala), común en el período secundario, en el que invade todas las partes de la faringe, se extiende á la base de la lengua, á la laringe y raras veces á la cara posterior de la faringe (pápulas erosivas ó placas mucosas), y menos común en el período terciario, en el que invade sobre todo el velo del paladar y la pared posterior de la faringe.

I

Chancro de la amígdala

A.—CONSIDERACIONES GENERALES

Se caracteriza por erosiones sanguinolentas y costrosas, desarrolladas sobre un fondo hipertrofiado; la hipertrofia del órgano es á veces tan considerable y la dureza de los tejidos tan acentuada, que ha habido observadores, algunos de mucha experiencia, que han confundido esta alteración amigdalina con un tumor epiteliomatoso, sobre todo á causa de la concomitancia constante con una adenopatía submaxilar muy dura y muy voluminosa.

La duración del accidente primitivo de la amígdala es muy larga, y á veces la curación no tiene lugar hasta después de varias semanas; la adenopatía que la acompaña persiste todavía más.

B. — TRATAMIENTO

Nunca debe irritarse la superficie del chancro amigdalino con la aplicación de medicamentos violentos, como el nitrato de plata ó la tintura de yodo. Bastará aconsejar el empleo de gargarismos ó baños locales prolongados de *agua bórica* y cubrir el infarto cervical con *emplasto de Vigo*. El tratamiento interno consistirá en:

Protoyoduro de hidrargirio. . . .	2 centigramos y medio
Extracto tebaico.	1 centigramo

2 píldoras al día.

ó bien el *licor de van Swieten*, 2 cucharadas de las de sopa al día.

Será prudente recomendar al mismo tiempo el uso de los tónicos *(hierro*, vino de *quina)*.

Este tratamiento se vigilará atentamente en los enfermos que tienen mala dentición.

II

Accidentes secundarios

A.—CONSIDERACIONES GENERALES

En forma de pápulas exulceradas, invadirán el velo del paladar en toda su extensión y las amígdalas. Estas placas suelen aparecer también en la base de la lengua, y llegar por esta vía á la cara anterior de la epiglotis. En la base de la lengua, las placas serán extraordinariamente dolorosas y resistirán mucho tiempo los tratamientos más enérgicos.

Cuando la amígdala está afectada, puede suceder que se hipertrofie enormemente; en su superficie se ven ulceraciones, que pueden ser tan confluentes que den á la glándula el aspecto de un tumor ulcerado de mala índole.

Cuando la hipertrofia tonsilar llega á este grado, puede persistir y no disminuir; las amígdalas toman entonces con frecuencia un aspecto rojo y barnizado, que no tiene nada de característico, y ocasionan una disfagia continua, que Garel ha descrito muy bien.

B. — TRATAMIENTO

Estas placas necesitan una cauterización muy vigorosa con *nitrato de plata* sólido. Cuando resisten á la acción del nitrato de plata, se estará autorizado para pasar por ellas con mucha precaución un pincel con *nitrato ácido de mercurio;* pero el empleo de este medicamento es peligroso y no deberá usarse sino á dosis mínima, impregnando apenas el pincel con que se aplique.

El enfermo hará lociones bucales y gargarismos con una solución de *clorato de potasa.*

Clorato de potasa.	20 á 40 gramos
Agua.	Un litro

Disuélvase.

Cuando el dolor sea demasiado intenso, como sucede en el tratamiento de las placas de la base de la lengua, se añadirá á las cauterizaciones el uso de los anestésicos, como las insuflaciones de polvo de *cocaína* ó las embrocaciones con *aceite mentolado.*

Cuando la hipertrofia amigdalina sea definitiva, podrá ser necesario recurrir á la amigdalotomía.

El tratamiento interno será idéntico al que he descrito anteriormente y no insistiré de nuevo sobre el particular.

III

Accidentes terciarios de la faringe

A. — CONSIDERACIONES GENERALES

1.° *Velo del paladar.* — Estos accidentes, frecuentes sobre todo en el velo del paladar, presentan en este sitio dos aspectos distintos; ó la infiltración del velo es diseminada y no tiene tendencia á la ulceración, ó esta infiltración, limitada y localizada á este sitio, tiende á terminar por supuración y perforación. En el primer caso, la curación es lenta y la resolución difícil, es el sifiloma plano del velo del paladar; en el segundo caso, la perforación es rápida, única ó múltiple, y las mutilaciones del velo pueden ser muy extensas. La úvula puede desaparecer, y el velo palatino, desgarrado en mayor ó menor extensión, no presenta á derecha y á izquierda más que dos colgajos, que á veces tienen tendencia á adherirse á la pared posterior de la faringe.

Otras veces estas adherencias se producen sin que esté deformado el velo del paladar, á consecuencia de la formación de úlceras en su pared posterior ó superior y en la faringe posterior. Se comprende con facilidad que semejantes alteraciones perturben profundamente la voz, la respiración y la deglución.

2.° *Faringe. — Pared posterior de la faringe.*—En ella se forman pequeños tumores, que se ulceran rápidamente y ofrecen un aspecto muy característico. Otras veces el enfermo presenta en la mayor parte de la cara posterior de la faringe vastas ulceraciones excavadas, que pueden invadir los tejidos profundos y los huesos del raquis, de lo que depende la posibilidad de hemorragias y de accidentes de causa intra-raquídea.

Cuando estas ulceraciones y tumores gomosos curan por la acción del tratamiento, dejan como consecuencia cicatrices blanquecinas completamente patognomónicas é irradiadas en el fondo de la faringe. Estos vestigios son característicos del todo.

Si la pérdida de substancia es demasiado considerable, la cicatrización se produce entonces dejando estrecheces bajas que dificultan simultáneamente la respiración y la deglución.

3.° *Amígdalas.* — La amígdala es asiento mucho menos frecuente del terciarismo faríngeo que las demás partes de la faringe; en ellas pueden formarse gomas que simulan fácilmente un absceso; en varias ocasiones han podido observarse abscesos crónicos de la amígdala, que no eran más que gomas supurados.

B. — TRATAMIENTO

Para evitar desórdenes tan graves como los que hemos indicado, el tratamiento de los accidentes faríngeos terciarios obrará tanto mejor cuanto más prematuro sea. Este tratamiento consiste en el tratamiento mixto, *jarabe de Gibert* á la dosis de dos á tres cucharadas de las de sopa al día, asociado al empleo de los *ferruginosos* y de la *quina*, ó bien, si el enfermo, por cualquier motivo, no soporta el mercurio, se le administrará el *yoduro de potasio* á la dosis de 4 á 8 gramos, tomando una dosis de 2 gramos cada vez; este tratamiento se continuará durante mucho tiempo, pero se interrumpirá de vez en cuando, recomendando al enfermo, durante este intervalo, los preparados arsenicales (*licor de Fowler*, de II á X gotas al día, ó *arseniato de sosa*, de 3 á 4 miligramos al día).

Será ventajoso asociar á este tratamiento interno el uso de varios tópicos, tales como el *nitrato de plata* en las perforaciones del velo; el

salol alcanforado en la superficie de las úlceras faríngeas, y á veces será necesario desbridar gomas amigdalinos supurados cuyas paredes no pueden adherirse. Se añadirá á éste el empleo, siempre favorable en terapéutica faríngea, de las *irrigaciones naso-faríngeas*, á causa de la alteración concomitante y frecuente de las fosas nasales y de la faringe nasal.

CAPÍTULO XII

TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS DE LA FARINGE

POR

A. GOUGUENHEIM

Médico del hospital Lariboisière

Traducción del Dr. D. JOSÉ A. MASIP

I

Consideraciones generales

Aunque los esputos procedentes del pulmón pasen continuamente por la faringe, es relativamente raro el observar la tuberculosis de la faringe y de las amígdalas. En la lengua, en donde se encuentran con mayor frecuencia las ulceraciones tuberculosas, y en los bordes y el dorso de este órgano es donde se encuentran sobre todo estas ulceraciones mejor que en la base.

Cuando las úlceras tuberculosas aparecen en la pared posterior de la faringe, es difícil en extremo distinguirlas de las úlceras específicas terciarias, que tienen con ellas mucha semejanza. Esta confusión sólo puede evitarse teniendo en cuenta ciertos caracteres muy delicados. Las úlceras tuberculosas de la faringe pueden revestir dos formas clínicas: 1.° la forma miliar generalizada, llamada de Isambert, en la que se observan puntos de aspecto circular, confluentes, que empiezan en el velo del paladar, desde este punto invaden la úvula, que puede ponerse enorme, y se extienden muy rápidamente á los pilares anteriores y posteriores y á la epiglotis; 2.° una forma circunscrita, que tiene menos tendencia á la invasión rápida de toda la región. Esta última forma clínica es principalmente la que se distingue con dificultad de las úlceras específicas, y forma el objeto de los trabajos de Constantino Paul y de Homolle.

De estas dos variedades clínicas, la primera es indudablemente la que se encuentra con mayor frecuencia; precede siempre á la invasión de

los pulmones; sin embargo, es susceptible de detenerse algunas veces en esta marcha aguda.

Todas las úlceras tuberculosas, cuando están bien constituídas, presentan un aspecto que por sí solo permite reconocerlas; en la periferia y hasta en la superficie de la ulceración, se ven pequeños puntos miliares amarillentos, que no se presentan en las superficies de las úlceras específicas.

El dolor (odinfagia) es uno de los signos predominantes de la forma miliar generalizada; este síntoma, acerca del cual Isambert había llamado la atención, es de excepcional gravedad, pues impide que el enfermo se alimente; pero aunque Isambert haya considerado que esta disfagia es un signo constante, es cierto que falta en muchos casos y he visto enfermos en los que ha desaparecido después de la ablación de la úvula hipertrofiada é infiltrada de *caseum* tuberculoso.

Las úlceras tuberculosas se presentan también á veces en la superficie de la faringe en el período último de la tuberculosis pulmonar, y aumentan todavía más la caquexia de los enfermos y acortan la duración de su existencia.

II

Tratamiento

El dolor es el síntoma contra el que la terapéutica debe dirigir sus mayores esfuerzos, y es difícil lograr su atenuación, cualesquiera que sean los medicamentos que se empleen: insuflaciones de polvo de *cocaína*, embrocaciones con *aceite mentolado*, empleo al interior de la *antipirina* á la dosis de 2 gramos, ó de la *exalgina* á la de 50 centigramos.

No deberá descuidarse el ensayar que retrograden estas ulceraciones por medio de embrocaciones con el *naftol alcanforado*.

Naftol.	5 gramos
Alcanfor.	10 —

M. s. a.

Si la úvula es considerable, estará indicada su resección, y de esta manera, según he dicho anteriormente, podrán obtenerse resultados apreciables; he tenido ocasión de indicar un caso de este género ante la Sociedad médica de los hospitales. No se olvidarán tampoco las *irrigaciones nasofaríngeas* con *agua bórica;* pues al mismo tiempo que estas ulceraciones faríngeas, en la cavidad nasofaríngea hay un catarro que no puede atenuarse más que por este procedimiento.

CAPÍTULO XIII

TRATAMIENTO DE LOS TRAUMATISMOS DE LA FARINGE

POR

A. GOUGUENHEIM

Médico del hospital Lariboisière

TRADUCCIÓN DEL DR. D. JOSÉ A. MASIP

I

Consideraciones generales

La faringe, independientemente de las causas ordinarias de traumatismo por instrumentos contundentes y cortantes, á causa de su destino de paso hacia las vías respiratorias y sobre todo digestivas, puede ser lesionada también por líquidos que los enfermos habían ingerido voluntariamente (tentativas de suicidio) ó involuntariamente y por error.

Las heridas por instrumentos cortantes hechas de fuera adentro, en general no interesan la faringe; el instrumento se dirige siempre más hacia abajo.

Los instrumentos contundentes pueden herir las paredes de la faringe; pero cuando éstos tienen una acción muy extensa, es raro que no se presenten accidentes secundarios de tal gravedad, que los trastornos faríngeos no representan en estos casos más que un papel muy secundario.

Lo mismo diremos de las contusiones causadas por las armas de fuego; pues si en estos casos las divisiones de la faringe presentan verdadera gravedad, los desórdenes causados en las inmediaciones son tan serios, que el enfermo sucumbe á veces antes que hayan podido remediarse las contusiones faríngeas.

En general, el traumatismo de la faringe que los médicos deberán tratar con mayor frecuencia es el causado por la ingestión voluntaria ó involuntaria de líquidos cáusticos.

La gravedad de estos casos está subordinada no sólo á la cantidad ingerida de estos líquidos, sino también á la acción cáustica de las soluciones tragadas por los enfermos.

Estos líquidos son ácidos ó alcalis: el ácido sulfúrico, que tiene la propiedad de escarificar todos los tejidos con que se pone en contacto; el ácido nítrico, que tiene la misma propiedad menos pronunciada; el ácido clorhídrico, que obra del mismo modo, pero menos enérgicamente que los dos primeros; la potasa, el oxalato de potasa, el amoníaco, etc.; la lista de las substancias empleadas por los enfermos sería muy larga.

En todos estos casos, la faringe, lo mismo que la boca, es asiento de quemaduras más ó menos extensas acompañadas de tumefacción, que compromete gravemente las funciones respiratorias y digestivas, seguido todo esto de fiebre y de signos infecciosos rápidamente mortales.

II

Tratamiento

A. — CONTUSIONES. — RASGADURAS

Así que se haya cohibido la hemorragia por los medios apropiados, médicos y quirúrgicos, procedimientos de los cuales deben excluirse los hemostáticos cáusticos, como el percloruro de hierro, el enfermo deberá deglutir *hielo;* se aplicará simultáneamente al exterior hielo en vejigas de manera que impida la tumefacción de la mucosa; después habrá de preocupar al médico el impedir el contacto de los tejidos mortificados con cualesquiera alimentos, y si es posible, se introducirá una sonda en el esófago. Esta introducción se hará, bien por la herida que comunica con la faringe, bien por la boca; en este último caso, para poner la faringe al abrigo de los movimientos de deglución, será bueno hacer pasar la sonda esofágica por las fosas nasales; de esta manera quedará suprimido el contacto con los alimentos.

Si en la faringe hay muchas mucosidades, deberán secarse estas últimas con bolitas de algodón higroscópico colocadas en el extremo de una pinza curva.

Los lavados del fondo de la boca con un poco de *agua bórica* muy fría aliviarán también al enfermo, y deberá ensayarse la evacuación de este líquido colocando la cabeza en una situación que permita ejecutar estos movimientos. Esta irrigación deberá hacerse por medio de un tubo de caucho que comunique con un recipiente de líquido.

De la facilidad y de la rapidez con que cicatrizan las heridas de la faringe y del cuello, puede esperarse que estos accidentes se corregirán con bastante rapidez si no son demasiado difusos.

B. — QUEMADURAS. — QUEMADURAS DE ORIGEN CÁUSTICO

Si estas quemaduras son demasiado extensas, sean los que fueren los medios empleados, los enfermos sucumben.

Se recurrirá á la acción del *hielo* «intus et extra» para atenuar la hinchazón, y después se emplearán medicamentos que, por combinación con los líquidos ingeridos, puedan detener la invasión de las quemaduras. Estos medicamentos son muy numerosos: el agua, el *agua albuminosa* y el *agua de cal* muy suave son substancias que se emplean frecuentemente.

En cuanto á la introducción de la sonda esofágica, está absolutamente contraindicada en casi todos los casos, pues las lesiones consecutivas del esófago son un obstáculo para el paso de la sonda.

Si las lesiones esofágicas son muy graves, las de la laringe y de las vías respiratorias son cuando menos tan peligrosas, si no más, y todos los enfermos cuyas vías respiratorias han sido invadidas sucumben casi infaliblemente.

CAPÍTULO XIV

TRATAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES DEL ESÓFAGO

POR

ALBERTO JOSIAS

Médico del hospital Trousseau

Traducción del Dr. D. JOSÉ A. MASIP

I

Esofagismo

El médico puede encontrarse en presencia de tres variedades de estenosis espasmódica del esófago ó esofagismo. Esta afección, llamada también estrechez espasmódica y espasmo del esófago, se caracteriza, como es sabido, por constricción más ó menos duradera del conducto faringo-esofágico. A veces se produce el espasmo con motivo de una lesión esofágica, de una estrechez orgánica *(espasmo sintomático)*. En otros casos, se produce por vía refleja en el curso de diversas enfermedades, especialmente en las afecciones uterinas *(espasmo simpático)*.

Por último, el verdadero espasmo del esófago *(espasmo esencial* ó *idiopático)* es una afección especial, una neurosis, que por sí sola constituye toda la enfermedad.

Conservaremos esta misma división etiológica, pues no trataremos de la misma manera el esofagismo esencial, en el que el cateterismo triunfa del elemento espasmódico, y el espasmo sintomático de un cáncer del esófago, en el que este mismo cateterismo tiene los mayores peligros.

El espasmo, síntoma local, reclama casi siempre la misma medicación. Para vencer la constricción esofágica, el médico dispone de antiespasmódicos locales ó generales.

La *cocaína* merece un sitio aparte entre los agentes locales. Puede prescribirse en poción:

Clorhidrato de cocaína.	5 centigramos
Jarabe de morfina.	30 gramos
Agua de tilo.	20 —

H. s. a. Poción.

Además se han preconizado todos los calmantes: la *belladona* en forma pilular:

Alcanfor.	12 gramos
Asafétida.	12 —
Extracto de belladona.	3 —
Extracto acuoso tebaico.	1 —
Jarabe de goma.	c. s.

H. s. a. 120 píldoras. De una á seis al día;

ó en poción:

Tintura de belladona.	X á XXX gotas
Jarabe de acónito.	30 gramos
Infusión de flores pectorales.	150 —

H. s. a. Poción. Una cucharada de las de sopa cada hora.

El *beleño* se emplea solo ó unido á la belladona:

Tintura de belladona.	5 gramos
Tintura de beleño.	10 —

M. s. a. De XXX á LX gotas al día, en varias veces.

El *bromuro de potasio,* á causa de su acción anestésica especial sobre la faringe, se ha recomendado de una manera particular; se ha recurrido á veces al *cloral,* al *agua clorofórmica,* y por último y sobre todo á las *inyecciones hipodérmicas de morfina.*

La dilatación del conducto esofágico por el *cateterismo,* constituye el mejor tratamiento del espasmo de este conducto. El esófago obedece en esto á las mismas leyes que otros conductos, como la uretra y el recto. La analogía existe no sólo en las indicaciones del cateterismo, sino también en la realización de la maniobra; queremos significar con esto que debe hacerse con la misma suavidad, la misma prudencia y la misma lentitud, á fin de evitar toda rasgadura, que podría determinar accidentes graves, por ejemplo, periesofagitis.

La sonda esofágica, ó mejor el catéter olivar de volumen progresivamente creciente, es conveniente para este objeto. Se hará bien en embadurnar el extremo de la sonda con una pomada de *cocaína* ó de *belladona.*

Vaselina.	20 gramos
Cocaína.	1 —

H. s. a. Pomada.

Extracto de belladona.	2 gramos
Extracto de opio.	1 —
Vaselina.	30 —

H s. a. Pomada.

Es preferible emplear olivas voluminosas. Al llegar á nivel de la estenosis, se siente detenido el catéter por un obstáculo tan enérgico como si se tratara de una estrechez cicatricial; basta esperar, tener paciencia, ejerciendo una presión suave. Bruscamente cesa la coartación, el instrumento penetra hasta el estómago y el enfermo queda momentáneamente curado.

No basta vencer el espasmo, sino que es necesario prevenir su reaparición. La noción etiológica dictará el tratamiento ulterior. Si se trata de una constricción que ha sobrevenido en plena evolución de un cáncer esofágico, los antiespasmódicos con frecuencia darán resultado. El cateterismo debe dejarse de lado; se han visto casos en que ha determinado roturas de la pared esofágica degenerada y la perforación de los órganos inmediatos; en una palabra, las falsas vías son frecuentes y de excesiva gravedad.

No es lo mismo si nos encontramos en presencia de una estrechez orgánica del conducto esofágico, al que se añade un elemento espasmódico. El cateterismo encuentra en este caso su aplicación, y de este modo puede tratarse á la vez la constricción permanente y la constricción transitoria sobreañadida.

El esofagismo simpático cesa con la supresión de la causa (metritis, desviación uterina).

En cuanto al espasmo esencial, no es idiopático más que aparentemente. Depende del histerismo y de la hipocondría; en este caso, el tratamiento tampoco debe ser exclusivamente sintomático. Deberá instituirse al mismo tiempo el tratamiento ordinario de estas neurosis, que dará resultados variables. Se insistirá en la *hidroterapia*, que parece ser uno de los mejores medios de que se puede disponer contra las recidivas del espasmo, y en la medicación *bromurada* á dosis elevadas (2, 3 y 4 gramos de bromuro de potasio en las veinticuatro horas).

La indicación primordial y con frecuencia la más urgente es la de alimentar al enfermo, á fin de que pueda obtener beneficios reales de cualquier tratamiento. Se luchará contra la inanición, empleando los diversos medios que citaremos más adelante al tratar del cáncer del esófago.

II

Estrechez no cancerosa del esófago

La estenosis orgánica, en uno ó en varios sitios de la longitud del esófago, no se produce de un modo primitivo; hay siempre un período previo de esofagitis, durante el cual podemos intervenir con algunas probabilidades de éxito. Así, en los casos de goma sifilítico de la pared esofágica, el *tratamiento antisifilítico* á dosis elevadas (fricciones y píldoras mercuriales, inyecciones de sales solubles de mercurio y sobre todo el yoduro de potasio), con verosimilitud puede poner trabas á la lesión y determinar en este sitio, como en otras partes, una rápida regresión de la producción gomosa. De esta manera puede evitarse la estrechez llamada sifilítica, que es debida á una esclerosis, á la cicatrización del goma ulcerado, y contra la cual somos impotentes.

Este período preestenosante las más de las veces es latente y escapa á nuestra observación.

Una vez la coartación está constituída, el médico se limitará á tratar los diversos síntomas más ó menos penosos, es decir, el dolor, el espasmo y la inanición. Sosteniendo las fuerzas del enfermo con *enemas alimenticios,* el cirujano podrá intentar un tratamiento local en condiciones más favorables.

Los procedimientos quirúrgicos, acerca los que no podemos insistir, pueden clasificarse en dos grupos: unos tienen por objeto dilatar el conducto estenosado y otros crear por debajo del obstáculo una abertura que permita introducir alimentos en el estómago.

La *dilatación* es el método más generalizado. Como para el tratamiento de las estrecheces de la uretra, puede ser progresiva, temporal, y se practica ora con las olivas de Duguet, ora con las bujías de Bouchard. Puede ser brusca, inmediata progresiva ó progresiva permanente. Puede ir precedida también de secciones múltiples de la estrechez de dentro afuera, constituyendo la *esofagotomía interna,* practicada como primer tiempo de una dilatación ulterior.

La *cauterización* está hoy abandonada.

La *electrolisis* modificaría los tejidos, los haría más blandos, y para ciertos autores es el método de elección. La *esofagotomía externa*, practicada por encima, á nivel ó debajo de la estrechez, pertenece al dominio de la cirugía.

III

Cáncer del esófago

Aunque la cirugía contemporánea haya tomado á su cargo, si bien con poco éxito, la extirpación de las neoplasias de la parte superior del esófago, esta afección pertenece al dominio médico; en efecto, en las visitas de medicina es donde se le encuentra al principio y más comúnmente.

Estamos desarmados en presencia del cáncer del esófago; por esto nuestra terapéutica será exclusivamente sintomática.

Si somos impotentes para detener los progresos de la lesión orgánica, podemos en cambio aliviar á nuestros enfermos y esperar una supervivencia bastante larga.

No es raro ver aparecer una contractura espasmódica en el curso de una disfagia progresiva y consecutiva á una estrechez cancerosa del conducto esofágico. Esta contractura determina una coartación absoluta y suprime completamente el paso de los alimentos. Bastará aplicar el tratamiento del esofagismo para obviar estos diversos accidentes y permitir que se alimenten los enfermos.

Se elegirán preferentemente alimentos líquidos: la leche, el chocolate, el caldo, los potajes, los diversos purés y el polvo de carne. Cuando los alimentos líquidos no puedan deglutirse y encuentren un obstáculo insuperable, deberá lucharse entonces contra la inanición por medio de la administración de *enemas alimenticios* (leche, caldo, huevos) ó *peptonizados*. Un enema peptonizado debe componerse de un vaso de leche, una yema de huevo, dos cucharadas de las de sopa de peptona líquida ó dos cucharadas de las de café de peptona seca y de V á X gotas de láudano.

Se ha recomendado la *alimentación por la sonda*, introducida en el estómago á la hora de cada comida ó dejada de un modo permanente. Uno y otro procedimiento tienen sus inconvenientes. En el primer caso, á cada maniobra hay el riesgo de producir una falsa vía, con todas sus lamentables consecuencias. En el segundo caso, es excepcional que la sonda pueda permanecer colocada tanto tiempo, ó que deje de determinar una ulceración á nivel del cartílago cricoides.

Simonds ha ideado cánulas cortas, que recuerdan las que se introducen en la laringe obstruída por las membranas diftéricas, que hace deslizar por una bujía conductriz hasta el nivel de la estrechez cancerosa

y la fija por medio de dos hilos que pasan por la boca ó salen por la nariz. Este método no se ha generalizado.

El dolor puede ser bastante intenso para necesitar el empleo de medicamentos *opiados* y sobre todo *inyecciones subcutáneas de morfina*.

El tratamiento de las complicaciones no presenta nada de particular. Sin embargo, para remediar los accidentes de sofocación debidos á compresiones nerviosas ó á la compresión directa de las vías aéreas por la neoplasia, deberá practicarse la *traqueotomía*.

El médico siempre deberá tener cuidado de que el cirujano intervenga en tiempo oportuno. Esta intervención quirúrgica por sí sola puede producir mucho alivio á los enfermos y hasta muchas veces puede asegurarles una supervivencia tolerable.

Si se trata, por ejemplo, de un cáncer incipiente, circunscrito, de la porción superior del esófago, podrá intentarse la extirpación, temiendo, sin embargo, una recidiva posible.

Habrá que oponerse á la dilatación de la coartación neoplásica por medio de sondas ó de olivas, pues es de temer la rotura del conducto esofágico y la penetración del catéter en la aorta, los bronquios y el mediastino.

La esofagotomía externa sólo es aplicable contra los tumores altos cervicales, los más raros según las estadísticas. Cuando la disfagia es total y permanente, los cirujanos prefieren la boca estomacal ó *gastrostomía*. Esta operación produce en el enfermo un alivio y una supervivencia reales.

CAPÍTULO XV

TRATAMIENTO DE LA INDIGESTIÓN

POR

G. LEMOINE

Profesor de la Facultad de Lille

TRADUCCIÓN DE JOSÉ GÓNGORA

Médico del Hospital de la Santa Cruz, por oposición

I

Consideraciones generales

De ordinario, la indigestión se declara pocas horas después de la comida, de dos á cuatro horas por término medio; anúnciase por una sensación de plenitud del estómago, malestar, pesadez, luego dolor en el epigastrio. En estos momentos, el enfermo sufre una especie de angustia muy penosa, entra en transpiración, tiene eruptos y al cabo de cierto tiempo acaba por vomitar. Este vómito va seguido de gran alivio; pero poco después reaparecen las mismas molestias, hasta que sobreviene una nueva evacuación. En muchos casos, la indigestión es *completa*, es decir, que simultáneamente son atacados el estómago y los intestinos, y los vómitos van acompañados de diarrea formada por materias mucosas, mezcladas con residuos alimenticios incompletamente digeridos.

Puede ocurrir que el cuadro sintomático de la indigestión no sea siempre tan sencillo; y así hay enfermos que, bien porque son nerviosos ó porque presentan un estado cardio-vascular especial, sufren palpitaciones, irregularidad del pulso y tendencias al síncope, hasta que el vómito pone fin á la escena. Cuando la indigestión se debe á excesos alcohólicos, puede complicarse de fenómenos congestivos de gravedad variable.

La indigestión tiene siempre corta duración; pero ordinariamente en los dos ó tres días sucesivos los enfermos tienen inapetencia, mala

boca, sed intensa y hacen deposiciones fétidas. Las causas que pueden ocasionar la indigestión son numerosas.

Están particularmente predispuestos á ella los gastrónomos, los que comen mucho y de prisa, los que comen alimentos poco digeribles ó substancias por las cuales siente su estómago una repugnancia invencible; los que tragan sin mascar y otros muchos. Una viva emoción moral durante la comida ó poco tiempo después de ella, un ejercicio violento, la ingestión de una bebida fría, etc., son asimismo causas frecuentes de la indigestión. Por último, hay que citar los excesos alcohólicos, que producen una indigestión de tipo algo especial, que comienza por los desórdenes psíquicos y motores de la embriaguez para terminar por la revolución del estómago y los intestinos.

El pronóstico de la indigestión es comúnmente benigno; sin embargo, puede ir acompañada de desórdenes cerebrales que la hagan grave. De la misma manera su repetición en los que ya sufren de las vías digestivas, es capaz de ocasionar serios trastornos gástricos ó intestinales.

II

Tratamiento

Las indicaciones terapéuticas sugeridas por el estudio que acabamos de hacer de la etiología y de los síntomas de la indigestión, son poco numerosas y fáciles de cumplir. En la inmensa mayoría de los casos, la indigestión se caracteriza por la presencia en las vías digestivas de materias alimenticias que, por una causa ó por otra, no sufren la acción de los jugos digestivos y de las cuales quiere desembarazarse el organismo. Las más de las veces lo consigue espontáneamente por los vómitos y la diarrea; cuando no lo logra, la terapéutica debe ayudarle. La indicación capital es, pues, la de *favorecer las evacuaciones*.

La segunda indicación que se impone una vez satisfecha la primera, es la de hacer la *antisepsia* del intestino y restablecer el funcionamiento regular de las vías digestivas. Pero hay casos en que se puede hacer abortar una indigestión, y es cuando las causas que le dieron origen no son muy eficaces y los síntomas están todavía poco acentuados. Basta á veces hacer tomar una taza de una infusión caliente, de *té, tila, manzanilla,* ó bien un vaso de *agua de Vichy* hace aumentar la secreción de ácido clorhídrico y permite al estómago que lleve á buen término

una digestión que sin esto se hubiera visto interrumpida. En otras personas, una *bebida alcohólica* ó algunas gotas de un *elixir estimulante* procuran la sedación de los síntomas.

Una vez declarada la indigestión, es necesario excitar las evacuaciones que tienden á realizarse espontáneamente. Se ayudarán los vómitos provocando el reflejo faríngeo mediante la *introducción de un cuerpo extraño* en la boca, ó bien dando un vaso de *agua templada*. Pero si la ansiedad es grande y á pesar de las náuseas no se efectúan los vómitos, es preciso provocarlos administrando de 5 á 10 centigramos de *emético* ó 1 gramo de polvos de *ipecacuana*. Estos vomitivos están especialmente indicados cuando el estado nauseoso es persistente y existe malestar, cefalalgia, pesadez y dolor gástricos.

Los *purgantes* estarán indicados cuando haya cólicos y un principio de diarrea. Se prescribirán preferentemente los purgantes salinos: *sulfato de sosa, sulfato de magnesia, citrato de magnesia,* ó una de las muchas aguas minerales purgantes, entre las cuales no habrá más que escoger. Las bebidas tibias abundantes facilitarán las deposiciones. Cuando parezca que las evacuaciones han terminado, podrá aplicarse una ancha *cataplasma* no muy gruesa ó *compresas* de franela caliente sobre el vientre; entonces también se comenzará á dar *agua de Vichy* á menudo y por pequeñas cantidades á la vez.

Cuando se trate de una indigestión que podría hacerse grave, ó cuando se quieran impedir reabsorciones que no dejarían de realizarse, es útil emplear el *lavado del estómago* con preferencia á las otras medicaciones evacuantes. Siempre es fácil, en tales casos, introducir en el estómago el tubo de Faucher y hacer pasar por el mismo dos ó tres litros de agua de Vichy templada. El resultado habitual de esta práctica es una mejoría rápida, seguida de un pronto restablecimiento de la salud.

En los casos graves, se recurrirá á menudo primeramente á la bomba estomacal, pero creemos que debe abandonarse esta práctica, porque es mucho más fácil el lavado del estómago que el manejo de la bomba, y sus ventajas terapéuticas son, cuando menos, iguales.

Una vez terminadas las evacuaciones, persiste, sin embargo, el estado saburral, así como el amargor de boca, la fetidez del aliento y la producción de gases pútridos. Entonces es tiempo de hacer la antisepsia del intestino, y durante dos ó tres días se administrará 1 gramo de *naftol* β, ó bien 2 ó 3 gramos de *benzonaftol,* ó *salicilato de bismuto* asociado á la *magnesia,* ó cualquier otro antiséptico, pero teniendo la precaución de diluirlos mediante el uso de bebidas abundantes para que no irriten la mucosa estomacal.

En cuanto hayan desaparecido los principales síntomas de la indigestión, se prepara el enfermo para la alimentación dándole *agua de Vichy*, Célestins ó Hauterive, ó bien de uno de los manantiales de Saint-Yorre; luego se le dará leche con agua de Vichy, después leche pura y poco á poco se volverá á la alimentación normal.

CAPÍTULO XVI

TRATAMIENTO DEL EMPACHO GÁSTRICO

POR

G. LEMOINE

Profesor de la Facultad de Lille

Traducción de JOSÉ GÓNGORA

I

Consideraciones generales

Los autores no están de acuerdo acerca del alcance que debe concederse á la expresión empacho gástrico, que sirve para designar estados muy diferentes, desde la indigestión hasta un conjunto sintomático muy parecido á la fiebre tifoidea. Para mayor claridad, nos ocuparemos aquí de un estado gástrico acompañado de síntomas generales, escalofríos, fiebre, quebrantamiento, cefalalgia, etc., que casi dejan en segundo lugar á los síntomas gastro-intestinales. Es el empacho gástrico agudo febril. En este capítulo no se tratará de los trastornos digestivos que acompañan á la mayor parte de las enfermedades infectivas, y que son expresión de estados gástricos secundarios debidos á la enfermedad general.

Tal como lo comprendemos, el empacho gástrico puede presentarse bajo formas clínicas diversas. En su grado más atenuado, se caracteriza por malestar, quebrantamiento general, dolores de cabeza, algunos escalofríos, elevación térmica de 38°,5 á 39° por la tarde y una remisión completa por la mañana; la lengua está sucia, el apetito perdido, las digestiones son difíciles y se acompañan de náuseas y aun de vómitos. Todos estos síntomas duran cuatro ó cinco días y desaparecen generalmente tras una diarrea abundante.

Si la enfermedad alcanza mayor grado de intensidad, se la ve comenzar bruscamente por síntomas generales graves en apariencia y una fie-

bre que llega pronto á los 40°. Los síntomas gastro-intestinales son los mismos que en el caso precedente, pero los síntomas generales son mucho más acentuados y el enfermo parece que va á tener una enfermedad grave. Es la fiebre sinocal ó sinoco, que puede durar de cinco á diez días.

Este conjunto sintomático debe imputarse á intoxicaciones de origen alimenticio ó intestinal, es decir, á que se han ingerido alimentos nocivos ó bien que se ha producido auto-intoxicación. Hay sujetos en quienes la ingestión de ciertos alimentos ocasiona casi con seguridad un empacho gástrico, probablemente porque estos alimentos contienen toxinas á las cuales es sensible su organismo, al paso que no producen efectos nocivos en otras personas. En otros enfermos, la astricción de vientre, la dilatación del estómago ó la existencia de un catarro gastro-intestinal crónico, producen fermentaciones y luego reabsorciones pútridas, de donde nace el empacho gástrico.

II

Tratamiento

Podemos plantearnos las indicaciones terapéuticas siguientes:

1.° Evacuar los materiales alimenticios existentes á la sazón en el estómago y el intestino;

2.° Procurar la antisepsia del tubo digestivo;

3.° Eliminar las toxinas absorbidas.

Para lo que se refiere á los medios de cumplir la primera indicación, remitimos á nuestros lectores á lo dicho á propósito de la indigestión. En efecto, el empacho gástrico comienza las más de las veces por una especie de indigestión; así es que los *vomitivos* y los *purgantes* encuentran aquí aplicación. La antisepsia del tubo digestivo debería hacerse sobre todo por el *lavado del estómago*, si los enfermos no tuvieran tanta repugnancia á esta práctica. Mejor que cualquier otro método, el lavado desembaraza al estómago de su contenido, tanto de los alimentos como del moco, que rellena en gran abundancia la cavidad gástrica y forma uno de los principales elementos constitutivos de los vómitos. También es sabido que el lavado del estómago favorece las evacuaciones intestinales, y contribuye de este modo á hacer la antisepsia de todo el tubo digestivo.

El lavado del estómago puede prestar los mayores servicios al principio de los empachos gástricos graves, porque impide las reabsorciones y disminuye los fenómenos de auto-intoxicación. Quizás está todavía

más indicado en los casos de empacho gástrico recidivante, en los cuales el mal funcionamiento del estómago se hace crónico, por decirlo así; los enfermos casi no aceptan esta medicación sino en esta última forma, cuando están cansados de sufrir.

Desde el principio del empacho gástrico, debe darse siempre un purgante copioso, los *calomelanos* ó bien un *agua purgante*, en cantidad bastante alta, y hasta es conveniente repetirlo los días siguientes á menor dosis. Es un medio seguro de modificar el estado de la mucosa y de facilitar el restablecimiento rápido de las funciones digestivas. Los *purgantes drásticos* no convienen por ser demasiado irritantes para el intestino; el *aceite de ricino* es á menudo mal tolerado; cuando el empacho gástrico va acompañado de ligera ictericia, indicio de repercusiones sobre el hígado, deben preferirse á todos los demás purgantes los *colagogos*. Los medicamentos llamados antisépticos encuentran poca aplicación en el tratamiento del empacho gástrico, porque su acción se desarrolla lentamente y por lo general es poco marcada. Por otra parte, pueden irritar la mucosa y producir vómitos. Los únicos que pueden utilizarse son los *calomelanos*, el *salol*, á veces el *benzonaftol*.

Muy á menudo el empacho gástrico va acompañado de hiperclorhidria con todo su cortejo de síntomas: eructos ácidos, dolor epigástrico, etc. Se combatirán estos síntomas por los *alcalinos*, escogiendo con preferencia el *agua de Vichy*, siempre bien soportada y bebida con gusto, en vez de los polvos alcalinos y las preparaciones farmacéuticas.

La eliminación de las toxinas circulantes por el organismo, se realiza sobre todo por las orinas; por esto es necesario aconsejar á los enfermos que beban la mayor cantidad posible de leche, de agua de Vichy y de tisanas *diuréticas*. La *leche* tiene la ventaja de alimentar hasta cierto punto sin engendrar toxinas alimenticias, y deberá ser el único alimento permitido durante algún tiempo. Si los vómitos provocados ó sobrevenidos espontáneamente al principio de la enfermedad tuvieran tendencia á prolongarse demasiado, sería necesario cohibirlos dando *hielo* y bebidas heladas, ó la *poción de Riverio*, ó también algunas gotas de *láudano* ó de *tintura de belladona*.

CAPÍTULO XVII

TRATAMIENTO DE LAS DISPEPSIAS

POR

ALBERTO ROBIN

De la Academia de Medicina

Traducción de JOSÉ GÓNGORA

I

Incertidumbres actuales en el tratamiento de las dispepsias

Sin ser tildado de exageración, puede decirse que la terapéutica de las dispepsias está en plena anarquía. Y no hay práctico que no retroceda, descorazonado, ante la enorme acumulación de trabajos discordes y contradictorios que acerca de estas afecciones se han publicado desde hace quince años. Tal perplejidad es fácil de comprender, pues aun á los médicos que han hecho un estudio especial de las dispepsias les cuesta trabajo orientarse en medio de ese caos. Así es que muchos hombres inteligentes están convencidos de que los dispépticos están probablemente menos bien cuidados hoy que en tiempos de Trousseau y de Chomel. Y es que estos últimos no tenían otro guía que la clínica de su época. Manifiestamente era un guía insuficiente, pero aún valía más que los sistemas absolutos que florecen en nuestra época con aires del autoritarismo de otras edades, y que pretenden plegar bajo su yugo las leyes de la evolución morbosa.

Delante de tantos sistemas, sucesivamente preconizados y despreciados, según el crédito de sus promotores, y que todos han servido de guía para la investigación de las indicaciones, juzgad de las oscilaciones que debe sufrir la terapéutica, cuyas intervenciones están siempre subordinadas á las ideas que nos formamos de las enfermedades. Esta terapéutica,

ó por mejor decir, estas terapéuticas, han sido la mayoría de las veces inciertas, inútiles ó peligrosas.

Unos, por no ver en la dispepsia más que una dilatación del estómago y en las manifestaciones extraestomacales del desorden gástrico más que una intoxicación, han elevado á la categoría de dogma el régimen seco y la antisepsia del estómago. Los inconvenientes de esta terapéutica se hicieron demasiado evidentes á los ojos de los prácticos para que hayan perseverado mucho tiempo en este camino teórico.

Otros, imbuídos de la importancia del quimismo estomacal y por no considerar en la función gástrica más que la secreción, han atacado la dilatación del estómago en nombre de una química no poco convencional. Su sistema, fundado únicamente sobre hechos químicos, por otra parte muy discutibles (1), conduce á una medicación que se las echa de ser esencialmente científica, de no dejar nada al azar y á su vez toma aires de absolutismo. No le reconozco más que un mérito, el de la sencillez: que hay demasiado ácido en el estómago, lo saturáis; que no hay suficiente, introducís más! Pero la práctica ha hecho á este sistema una objeción capital: la de que es inferior en sus efectos á las antiguas medicaciones sintomáticas.

No hablo de los que niegan la existencia de la dispepsia considerada como desorden puramente funcional, y no ven en sus diversas formas más que la expresión sintomática de otras tantas lesiones materiales del estómago. Éstos se han resignado de antemano á no hacer terapéutica ó á no hacer más que una terapéutica de síntomas, porque no se comprende bien qué medios serían capaces de hacer retrogradar una lesión anatómica del estómago, ni tampoco la indicación que pueda proporcionar al tratamiento el conocimiento de tal lesión, por exacto que sea.

Si no ha conseguido imponerse una medicación exclusiva, es porque la enfermedad no varía como las doctrinas. Hemos asistido al descrédito de la dilatación del estómago; hoy reina como dueño el quimismo gástrico, pero ya se resienten algunos de sus más sólidos cimientos, y el autor de este artículo, que fué, hace catorce años, uno de sus promotores, no teme reconocer hoy, tras larga experiencia, que este seductor sistema no era más que una ilusión, y que no está lejana la hora en que á su vez se desacredite, porque son ilusorias ó nocivas la mayor parte de las indicaciones de él derivadas.

¿Es esto decir que los trabajos realizados acerca de la dilatación del estómago y del quimismo estomacal hayan sido inútiles? No. En primer

(1) Véase la discusión acerca del quimismo estomacal suscitada en el Congreso de medicina interna de Lyón en 1894.

lugar, porque nos han enseñado lo que no debe hacerse, porque nos han ilustrado acerca de muchos puntos obscuros de la fisiología del estómago y de numerosas medicaciones, y quizá también porque nos muestran una vez más la vaciedad de los sistemas. Esto no nos corregirá, puesto que hemos visto la ruina de otros muchos, y en el fondo de nuestro pensamiento conservamos siempre la tendencia á construir otros nuevos; más aún, si bien se mira, podrá dirigirse también la acusación de sistema contra los modos de tratamiento que yo voy á proponer. Pero poco importa la acusación, si la mayoría de los prácticos reconoce como exactos los hechos que afirmo y los enfermos tratados según este sedicente sistema encuentran en él alivio á sus males.

II

Ideas corrientes acerca de la clasificación y el tratamiento de las dispepsias

Antes de exponer la terapéutica que yo aplico á las diversas dispepsias, es indispensable formarse una idea de las opiniones corrientes en la actualidad, así sobre la manera de clasificar estos desórdenes morbosos, como sobre su tratamiento. Ante la enorme masa de trabajos que encierra la literatura médica, no se debe tener la pretensión de dar siquiera una idea de conjunto de las principales opiniones, que por otra parte es muy difícil agrupar. Mi objeto es únicamente citar ejemplos, puesto que es sabido que en este Tratado hacemos trabajos prácticos y no de bibliografía. Así es que entre las clasificaciones expuestas en las obras recientes, retendremos solamente aquellas que pueden servir de punto de partida al tratamiento. Las otras clasificaciones son seguramente curiosas, pero no teniendo la terapéutica por mira, no pueden figurar aquí.

Bouveret borra de su vocabulario la palabra dispepsia. Para él no existe más que la hiperclorhidria y la hipersecreción protopática ó deuteropática, y neurosis del estómago que pueden afectar la motilidad, la sensibilidad, la secreción y la vasomotilidad. Un último grupo, llamado dispepsias nerviosas, comprende los casos que no han podido encontrar sitio en esta clasificación.

Stiller, cuya clasificación tuvo cierto éxito, distingue las dispepsias idiopáticas, las dispepsias reflejas y, por último, las dispepsias neuropáticas, que comprenden á su vez tres clases: desórdenes de la sensibilidad, de la motilidad, de la secreción; cada una de estas clases se subdivide en dos formas, por exceso y por defecto.

Debove y Rémond clasifican las dispepsias en dispepsia hiperclorhídrica, dispepsia nervomotriz, dispepsia con hiperacidez orgánica y estancación alimenticia. Pero estos últimos autores encuentran inmediatamente el vicio de su clasificación, inscribiendo como conclusión de su terapéutica la frase siguiente: «No hay relación constante entre la forma de la dispepsia y el tratamiento que le conviene.»

Hayem, antes de conceder el primer lugar á la vieja gastritis crónica de Broussais y distinguir de ella cuatro variedades: la gastritis parenquimatosa hiperpéptica, la gastritis atípica, la gastritis mucosa y la gastritis intersticial, dividía las dispepsias en hiperpepsia é hipopepsia. La hiperpepsia no comprendía menos de tres clases y siete variedades; en cuanto á la hipopepsia, comprendía también tres clases, pero con cuatro variedades solamente; es decir, en total doce especies clínicas.

La literatura extranjera, aun siendo más rica en trabajos que la francesa, ofrece quizás menos precisión todavía en lo que dice á clasificaciones. Por no citar más que un ejemplo, H. Leo, en una obra clásica hoy día, reune todas las dispepsias bajo el epígrafe de neurosis del estómago. Hay neurosis de la sensibilidad, de la motilidad, de las secreciones, y una forma particular, denominada dispepsia nerviosa ó neurastenia gástrica.

Ninguna de estas clasificaciones justifica los diversos tratamientos propuestos por sus autores. Por esto no han conseguido imponerse definitivamente, y, como decía anteriormente, la mayoría de los prácticos no han hecho todavía elección. Esta mayoría, que había acogido con tanto entusiasmo las concepciones de Bouchard acerca de la dilatación del estómago, porque el punto de mira casi exclusivo de estas concepciones era la terapéutica, no puede resolverse á aceptar las clasificaciones primero químicas, luego anatómicas de Hayem y las divisiones demasiado sintomáticas de los demás autores.

Veamos ahora, siempre á título de ejemplo, los tratamientos propuestos por los autores citados.

Bouveret establece muchas indicaciones en el tratamiento de la enfermedad de Reichmann. Ante todo es necesario hacer cesar el flujo gástrico, dice, pero ninguno de los medios propuestos le parece recomendable, ni los *lavados del estómago con la solución de nitrato de plata* al 1 ó 2 por 100 (Reichmann), ni el uso prolongado de las *aguas de Carlsbad* (Jaworski, Boas), ni la combinación prolongada largo tiempo de los lavados del estómago y de los *alcalinos* (Honnigmann), ni la *atropina*, ni la *morfina*, etc., medicaciones todas que no parecen haber dado á Bouveret muy satisfactorios resultados. — La segunda indicación con-

siste en suprimir las causas de excitación del aparato secretor. Esta indicación, que de hecho se confunde con la anterior, se cumple por medio de prescripciones higiénicas y de la alimentación.—La tercera indicación se refiere al régimen: debe prescribirse una alimentación que, estando en relación con los desórdenes del quimismo estomacal, pueda, sin embargo, bastar á las necesidades de la nutrición.—La cuarta indicación, que consiste en combatir los enojosos efectos de la hipersecreción, se cumple con los alcalinos y el lavado del estómago.

En las neurosis de la secreción con hipoclorhidria y en la dispepsia nerviosa, Bouveret aconseja el ácido clorhídrico y los fermentos digestivos.

Debove y Rémond recomiendan, en el caso de exceso de secreción, el *régimen lácteo* y los *alcalinos* á alta dosis. Debove ha dado el *bicarbonato de sosa* á las dosis de 40 y 60 gramos por día, sin observar el menor accidente; pero en la práctica no pasa de 10 á 15 gramos. Los mismos autores recomiendan el *ácido clorhídrico* á los enfermos cuyo jugo gástrico no lo contiene en cantidad suficiente. Parecen poco convencidos de la acción de los fermentos digestivos, de la *pepsina* en particular. En cuanto á los *amargos,* sus efectos serían cuando más de orden sugestivo. En suma, Debove y Rémond terminan recomendando un tratamiento paradojal en apariencia, pero que les ha dado mejores resultados que los demás. Este tratamiento tiene la innegable ventaja de la sencillez, digamos hasta de la unidad, puesto que se aplica indistintamente á todas las dispepsias, cualquiera que sea el estado de las secreciones, de las funciones motoras y de la sensibilidad. Consiste en sobrealimentar con polvo de carne fuertemente alcalinizado con una mezcla en partes iguales de bicarbonato de sosa y creta preparada. En último extremo, se reduce á suprimir toda digestión en el interior del estómago, y al mismo tiempo someter á la acción de los jugos intestinales y pancreáticos un alimento fácil de digerir y rico en principios nutritivos.

Huchard divide las dispepsias en químicas y motrices; las primeras son hiper ó hipoclorhídricas; las segundas son ó por exceso (gastralgia espasmódica), ó por defecto (dilatación primitiva ó secundaria del estómago). Este autor establece indicaciones análogas á las de Bouveret, y en el tratamiento de la enfermedad de Reichmann se muestra partidario decidido del régimen animal, de la reducción relativa de las bebidas y del bicarbonato de sosa á la dosis de 20 gramos diarios.

Dujardin-Beaumetz, que consideraba las clasificaciones actuales de las dispepsias como un «verdadero embrollo,» y que, lejos de multiplicar las formas, procuraba disminuirlas, admitía dispepsias químicas, nerviosas y motrices. Estaba de acuerdo con Huchard y la mayoría de los

médicos contemporáneos acerca de la utilidad del bicarbonato de sosa en la dispepsia hiperclorhídrica, pero comenzaba ya á emitir algunas protestas contra el empleo de las dosis enormes. Lo que singularizaba su tratamiento en esta enfermedad era la proscripción de la carne y de los alimentos animales; aconsejaba enérgicamente el régimen vegetal, diciendo que era preciso dejar descansar al estómago y no excitar la formación del ácido clorhídrico dando alimentos nitrogenados. Por otra parte, este régimen vegetal convendría también en caso de dispepsia hipoclorhídrica, etc., puesto que en ella la carne sufre, al pasar por el estómago, putrefacciones que aumentan la putridez estomacal.

Es inútil prolongar más esta revista é insistir en los tratamientos propuestos por diversos médicos alemanes. Lo que puede bastar para justificar lo que decía al comenzar relativamente á la perplejidad del práctico ante tantos consejos opuestos.

Dando un golpe de vista al conjunto de los tratamientos enumerados, no puede dejarse de notar que, en el estado actual de las cosas, hay tanto desacuerdo en el tratamiento como en la clasificación de las dispepsias. En suma, los alcalinos y el ácido clorhídrico constituyen las bases de la medicación farmacéutica. Algunos les añaden el lavado del estómago, otros preconizan además los antisépticos. En cuanto á la pepsina y á los fermentos digestivos, están casi borrados de la práctica moderna; algunos les acusan hasta de entorpecer el trabajo digestivo.

De ahí resulta que el tratamiento medicamentoso de las dispepsias parece ir empobreciéndose cada día. El régimen tiende á reemplazar á los medicamentos cuya inutilidad ó nocuidad habría demostrado la experiencia. Pero se dista mucho de la avenencia en esta cuestión del régimen, puesto que unos aconsejan el régimen vegetal á todos los dispépticos, otros emplean el polvo de carne alcalinizado, otros el régimen de carne á los hiperclorhídricos y un régimen mixto á los hipoclorhídricos, en tanto que quedan en dos campos fanáticos del régimen lácteo exclusivo y partidarios del régimen seco. — En cuanto á las medicaciones mecánicas locales (lavado, empleo de polvos inertes), y á las medicaciones por los agentes físicos, como la electricidad, la hidroterapia, el amasamiento, etc., y al mismo empleo de las aguas minerales, reina la misma incertidumbre que respecto de los agentes medicamentosos.

Queda, pues, bien justificada la proposición antes formulada respecto de las dudas que deben asaltar á los médicos cuando formulan el tratamiento de un dispéptico. Como ha dicho con razón A. Mathieu, se ha querido definir la dispepsia por los fenómenos dolorosos, por la neuropatía, por la auto-intoxicación, por los desórdenes de la motilidad, por los cambios

de posición de los órganos, por las lesiones de la mucosa ó del tejido conjuntivo del estómago, por las variaciones del quimismo estomacal, y no se ha llegado á ninguna concepción que satisfaga al espíritu y responda á las necesidades de la práctica. Cada uno de estos elementos por separado es incapaz de dar la fórmula química de las dispepsias. Por esto A. Mathieu termina declarando que, en el estado precario de nuestros conocimientos relativos al conjunto de los fenómenos de la dispepsia, es necesario atenerse al estudio de los grandes cuadros fisiológicos y sintomáticos para determinar las indicaciones dietéticas y terapéuticas. Este punto de partida, que tiene más en cuenta á la clínica, permite á A. Mathieu establecer cuatro grupos de dispepsias estomacales: la dispepsia vasomotriz, con tres variedades, simple, hipoclorhidria, hiperacidez orgánica y estancación; la hiperestesia y la intolerancia gástricas; la hiperclorhidria con sus tres formas principales, hipersecreción crítica, hipersecreción cotidiana intermitente, hipersecreción continua ó enfermedad de Reichmann; la dilatación continua del estómago.

Esta clasificación de A. Mathieu, que se funda en elementos diversos y no tiende á una unificación que está más en la imaginación que en los hechos, es la clasificación que me parece mejor entre todas las propuestas; en primer lugar, porque no tiene nada de doctrinal, y además porque las indicaciones terapéuticas que de ella derivan quedan establecidas con rara precisión. Sin embargo, no es la que yo he adoptado en mi práctica, con el deseo de simplificar más todavía y porque he reconocido desde mis primeros ensayos, que cuentan ya doce años de fecha, que es muy inseguro el tratamiento químico á que se recurre fatalmente cuando se hace intervenir la química en la clasificación.

Así es que, sin esperar ahora que la que expondré tenga mejor suerte que sus antepasadas, tengo cuando menos el derecho de decir que proporciona indicaciones terapéuticas, cuyos resultados han sido en mis manos, así como en las de mis discípulos, más satisfactorios que los tratamientos químicos actualmente en boga.

III

De las dispepsias consideradas en general y en su seriación morbosa

La dispepsia gástrica es un desarreglo de la digestión gástrica normal. Por consiguiente, para juzgar de la dispepsia es preciso conocer las condiciones generales del funcionamiento del estómago. Esquemáticamente

considerada, la actividad gástrica se resume en los términos siguientes: glándulas que segregan un jugo capaz de digerir los albuminoides; epitelios y células glandulares que se bañan en un moco protector de la mucosa; músculos que fragmentan y luego evacúan la masa alimenticia; vasos que proveen á las secreciones; nervios que presiden estas secreciones y dirigen los movimientos musculares; linfáticos que absorben los alimentos solubles ó solubilizados en el acto digestivo.

Cualquiera que sea de estos elementos el que se vea entorpecido en su funcionamiento, hay dispepsia. De modo que la teoría tenderá á disociar la dispepsia en tantas variedades como elementos existen, y en tantas subvariedades cuantas puedan ser las desviaciones funcionales; pero estas divisiones, esencialmente virtuales, no tendrían nada que ver con la clínica. En efecto, se concibe que un desorden estomacal comience por un vicio de la secreción del jugo gástrico, por una modificación de sus cualidades, por la atonía ó el espasmo de la musculatura del estómago, por una producción exagerada de moco, por un trastorno circulatorio ó nervioso; pero lo que difícilmente se concibe es que esta perturbación funcional permanezca localizada á las glándulas, á los músculos, á la circulación, á la inervación, etc. Por haber querido disociar en el estómago actividades que ni la clínica ni la fisiología misma pueden separar, es por lo que se han creado en el orden de las dispepsias las confusiones actuales. Los que no han visto más que el quimismo estomacal y en él han fundado su clasificación y su tratamiento, han cometido el mismo error que los que no han visto en la patología dispéptica más que un trastorno de la musculatura.

La clínica, la fisiología y la misma química, rechazan unánimemente la existencia de las dispepsias parciales. Es tan irracional admitir la existencia de dispepsias puramente químicas, como la de dispepsias exclusivamente nerviosas, circulatorias ó motrices. Es sabido en la actualidad cuán variable puede ser en el mismo individuo el quimismo gástrico; tal dispéptico clasificado hoy entre los hiperclorhídricos, podrá figurar mañana entre los hipoclorhídricos ó los dispépticos por fermentación, según los azares del análisis; vese, pues, que hasta la existencia de grupos de dispepsias puramente químicas es discutible, y sin embargo, ¡con cuánto entusiasmo fué acogido el quimismo estomacal, que todo debía revolucionarlo y que tan mal ha cumplido sus promesas!

La verdad es que trastornos químicos, motores, circulatorios, etc., se complican y se mezclan, sin que ni siquiera la índole de estas complicaciones sea siempre idéntica. El estómago constituye un todo que no se disocia patológicamente como no se disocia fisiológicamente.

Pero prosigamos aún, guiados siempre por la fisiología. La patología ha concebido tipos morbosos tan abstractos, que á la clínica le es imposible ratificarlos. Las funciones del estómago están de tal manera unidas á las del hígado y del intestino, que cada una de sus perturbaciones deja sentir en éste sus efectos; esto sin contar con que las conexiones nerviosas del hígado y del estómago, por ejemplo, pueden engendrar simultáneamente en estos dos órganos trastornos funcionales que empiezan su evolución paralelamente. Y sea el estómago, el hígado ó el intestino el que comience la serie de los desórdenes funcionales, es excepcional que luego no se vean los tres órganos arrastrados á la vez en la viciación morbosa.

He ahí, pues, una segunda fase del trastorno funcional que afecta al conjunto del tubo digestivo subdiafragmático y al hígado, su anexo más importante.

La perturbación digestiva que de todo esto resulta deja de ofrecer productos perfectos á la absorción y á la asimilación. La renovación de los medios sanguíneo y linfático sufrirá, por lo tanto, á causa de este ingreso, anomalías que cambiarán su constitución. Y los tejidos que toman de estos medios los elementos de su nutrición y de su actividad reaccional, vivirán y reaccionarán de modo distinto que en estado normal. Entre estos tejidos, aquellos cuyos elementos anatómicos están más altamente especializados, aquellos en que la aptitud nutritiva se halla reducida á su mínimum por el exceso mismo de su especialización funcional, y que, por consiguiente, exigen más que los otros una adaptación perfecta de sus medios nutritivos, se verán atacados desde muy pronto en sus manifestaciones funcionales. ¿No es esto lo que ocurre con el sistema nervioso? ¿Y la serie de los síntomas neuropáticos tan bien especializados por Beau, no debe intervenir en clínica, como desorden nutritivo de tercera etapa?

Además, el desorden digestivo ejerce sobre el resto del organismo influencias de otro orden. Permaneciendo en contacto con la mucosa digestiva, los productos engendrados por una indigestión imperfecta ponen en juego actos reflejos ó de inhibición, cuya naturaleza, dirección é intensidad deben diferir notablemente de los actos de igual índole inducidos por un proceso digestivo normal. Con estos actos reflejos é inhibitorios, irán conjugados síntomas nerviosos, que complicarán á los precedentes, sin que sea siempre posible distinguirlos de ellos.

Por último, estos mismos productos anormales, algunos de los cuales quizás sean tóxicos, gozan de propiedades más ó menos irritantes y para eliminarse deben tomar bases al organismo. No pueden, por lo tanto, dejar de impresionar á todos los órganos, incluso al sistema nervioso, en el curso de su transporte circulatorio, y al mismo tiempo ejercerán nociva

influencia sobre los emunctorios en el momento de su eliminación, después de haber contribuído por su parte á adulterar la sangre.

Por lo que precede se ve que soy resuelto partidario de la naturaleza puramente funcional de las dispepsias y de sus primeras consecuencias. Pero á la larga, lo que empezó no siendo más que un trastorno de la función, engendra en los órganos lesiones materiales, que constituyen la *etapa lesional* de la enfermedad. La dispepsia pasa á la fase de catarro gástrico, luego de gastritis crónica, afecciones cuya historia no debería separarse de la de las dispepsias, puesto que no son más que uno de los períodos de su evolución.

De modo que las dispepsias forman una unidad extremadamente compleja, ya que únicamente pueden separarse por divisiones puramente convencionales, de las numerosas consecuencias que acarrean en todo el organismo. Es por lo mismo imposible concebir la existencia de dispepsias localizadas en uno de los actos de la digestión gástrica, y lo que todavía aumenta la dificultad es que me parece muy difícil, cuando menos en algunos casos, estudiarlas independientemente de sus causas.

Es cierto que Debove y Rémond han expresado un hecho frecuente, cuando han dicho que no existe relación constante entre la causa y la forma de la dispepsia. Pero esta fórmula, que parece quitar por adelantado gran parte de su interés á la investigación de la causa y á su valor diagnóstico, me parece sobradamente absoluta. Desde luego podría objetar que las dispepsias de origen nervioso central revisten el tipo al cual he dado el nombre de hiperesténico; que las dispepsias secundarias de ciertas clorosis afectan principalmente la forma llamada «por insuficiencia»; que las que suceden al estreñimiento pertinaz en los jóvenes son hiperesténicas; que las dispepsias de origen hepático, que pronto procuraremos distinguir de las que, al contrario, repercuten sobre el hígado, presentan un quimismo variable; que al principio de la tuberculosis domina la hiperestenia, que al entrar en escena la fiebre en un tísico, transforma ordinariamente su hiperestenia en insuficiencia, etc. Y éstos no son más que ejemplos, ó por mejor decir, jalones directores en medio de la complexidad de la cuestión de las dispepsias; pero son suficientes para demostrar que no debe despreciarse el elemento etiológico, ni siquiera se le debe relegar á un orden inferior, puesto que proporciona elementos principales para el diagnóstico, sin contar con las indicaciones que en él puede encontrar la terapéutica.

No es posible abarcar en este capítulo todos los elementos morbosos que debieran tenerse en cuenta para conocer debidamente las dispepsias; pero no podemos pasar en silencio un hecho cuya exactitud reconocen

juntamente la fisiología y la clínica. Puede haber dispepsias absolutamente latentes. Sin llegar á la exageración de los que niegan al estómago toda acción digestiva real, es evidente que la mayor parte del trabajo lo hace el intestino. Así se comprende que un dispéptico estomacal cuyo intestino funcione perfectamente, goce durante un tiempo de la más completa salud y no presente síntoma ninguno que haga pensar en su estómago. Y luego, de pronto, con motivo de un desorden intestinal insignificante, estreñimiento, diarrea, etc., se manifiestan importantes síntomas gástricos que traducen, no los efectos que un desorden primitivamente intestinal ocasiona sobre el estómago, sino una verdadera dispepsia gástrica, latente hasta entonces, merced á que el intestino suplía la función del estómago.

Resumamos ahora estas nociones generales que van á servirnos de base para intentar una clasificación de las dispepsias, consideradas únicamente desde el punto de vista terapéutico.

1.° Hay dispepsia cuando uno cualquiera de los elementos constitutivos del estómago está modificado en su funcionamiento.

2.° El desorden funcional comienza generalmente por una perturbación de la secreción gástrica, del quimismo estomacal, por un espasmo ó una atonía muscular, por un trastorno circulatorio ó nervioso, etc.; pero la modificación original, aun conservando quizás el predominio, pronto influye poderosamente sobre la actividad de todos los elementos anatómicos del estómago.

3.° Por esta razón, y por otras muchas, tales como la incertidumbre de los procedimientos de análisis, etc., el quimismo estomacal no puede servir de base á una clasificación de las dispepsias.

4.° Existe entre el estómago, el intestino y el hígado una íntima solidaridad funcional. Las perturbaciones química, circulatoria, nerviosa, mecánica, que sobrevienen primitivamente en uno de estos órganos, deja sentir muy pronto sus efectos sobre los demás, constituyendo un complexus morboso que con mucho trabajo conseguirá disociar el análisis más minucioso.

5.° La sangre, el sistema nervioso, el organismo entero, sufren á no tardar la influencia de la perturbación digestiva, ya sea por entorpecimiento de la asimilación, ó por los reflejos ó inhibiciones centrales, ya por efecto de las toxinas, cuyo origen, dicho sea de paso, me parece estar primeramente en el hígado enfermo y luego en los intestinos, que no en el estómago. De modo que volvemos á la doctrina hipocrática, que consideraba al organismo del dispéptico como un árbol plantado en suelo estéril.

6.° La causa de la dispepsia ó mejor dicho las condiciones en que ésta se desarrolla, ejercen á las veces en su forma y en el encadenamiento de sus manifestaciones, una influencia que puede contribuir á distinguirlas y á dirigir la terapéutica.

7.° Deben tenerse en cuenta las dispepsias latentes, tales como las que oculta un funcionamiento todavía normal del intestino.

8.° Por último, dispepsia, catarro del estómago, gastritis crónica no son más que períodos de una sola y única enfermedad. Poniendo á un lado las gastritis crónicas traumáticas, la inmensa mayoría de los catarros gástricos y de las gastritis crónicas han tenido por origen, por primera fase, desórdenes dispépticos puramente funcionales. Este trastorno de la función es el que poco á poco va engendrando la lesión del órgano. Esta no es más que un residuo, sólo susceptible de un tratamiento paliativo, mientras que un día ú otro debe llegarse á poder tratar racionalmente y curar el desorden funcional que la precede y la engendra.

IV

Clasificación terapéutica de las dispepsias

Dado el momento que la dispepsia no es para nosotros más que un trastorno de la función gástrica considerada en su totalidad, nos es fácil sentar las bases de una clasificación racional. Una función puede hallarse exagerada, insuficiente ó estar pervertida, de donde se desprenden tres grandes grupos de dispepsias:

1.° Dispepsia con exageración funcional: *hiperestenia gástrica.*

2.° Dispepsia por insuficiencia de la función: *hipostenia* ó mejor *insuficiencia gástrica.*

3.° Dispepsia por perversión funcional: *dispepsia por fermentación.*

Cada una de estas formas afecta al órgano entero ó predomina en uno de sus elementos secretor, nervioso ó motor. Pero este predominio sólo dura algún tiempo y muy pronto todas las actividades del estómago son arrastradas en el sentido de la desviación originaria. La gastritis crónica con sus formas diversas es el último término de todas estas dispepsias; pero entre el comienzo del desorden funcional y el fin de la lesión, existen una serie de estados intermedios difíciles de aislar, al paso que los tipos iniciales y terminales ofrecen una apariencia clínica bastante precisa.

Estas tres formas fundamentales de dispepsia comprenden numerosas variedades. Para establecer estas variedades, dejemos á un lado el

quimismo gástrico, y recurramos únicamente á la clínica, que me ha permitido individualizar conjuntos sintomáticos que quizá el porvenir disociará, pero que entretanto me servirán de guía para llegar al objetivo de mis esfuerzos, la terapéutica.

Las *hiperestenias gástricas* son agudas ó crónicas.

Las hiperestenias agudas son paroxísticas ó transitorias.

Las hiperestenias crónicas ó permanentes son simples ó complicadas.

A. — Las *hiperestenias agudas paroxísticas* son, las más de las veces, manifestaciones gástricas de un trastorno del sistema nervioso central, sea ese trastorno funcional ó sea expresión de una lesión material. Citemos las crisis de hiperestenia paroxística de los tabéticos, de los paralíticos generales al principio de su mal, de ciertos neurasténicos, de la fatiga morbosa de la inteligencia, de los excesos venéreos, etc. Yo distingo dos variedades principales:

La *hiperestenia aguda paroxística de origen neurótico* (fatiga patológica, neurastenia, etc.).

La *hiperestenia aguda paroxística de origen lesional* (tabes, parálisis general, etc.).

B.—Las *hiperestenias agudas transitorias ó intermitentes* no difieren de las anteriores más que por una expresión menos acentuada de la crisis y una marcha más lenta de su evolución. Se las distingue sobre todo por su etiología, que constituye también una de las dominantes entre sus indicaciones terapéuticas. Estas hiperestenias son:

1.° De *origen reflejo* (estreñimiento, litiasis biliar, trastornos hepáticos diversos).

2.° *Ligadas con las enfermedades generales* (principio de la tuberculosis pulmonar, artritismo hereditario ó adquirido, etc.).

3.° *De origen bromatológico*. Estas son provocadas por el contacto de ciertos alimentos que ejercen sobre el estómago una irritación mecánica ó química. Más tarde, el contacto de cualquier alimento exaspera la irritabilidad del órgano, al principio transitoriamente. Pero pronto la sobreexcitación sobrevive á su causa y la hiperestenia transitoria se transforma más ó menos despacio en permanente.

C.—Junto á la clase de las hiperestenias agudas transitorias, clasificamos una variedad clínica caracterizada por un retardo de la secreción gástrica. En vez de producirse en cuanto entran alimentos en el estómago, esta secreción no alcanza su máximum hasta tres ó cuatro horas después de las comidas, cuando es inútil, puesto que la mayor parte de los alimentos han pasado ya á los intestinos. Esta variedad es una bradistenia

gástrica, seguida de hiperestenia. La llamamos *hiperestenia aguda transitoria retardada.*

D.— Las *hiperestenias crónicas ó permanentes* dependen, en su mayoría, de las condiciones precedentes y no son más que una fase evolutiva de las formas agudas. Muchas veces la causa originaria ha desaparecido; el estímulo primordial generador de las crisis ya no existe; pero el estómago, en estado de irritación adquirida, la continúa por cuenta propia.

Las distinciones que deben establecerse en este gran grupo se fundan en la etiología, mientras la causalidad sea todavía susceptible de un tratamiento; más tarde se fundan en las reacciones ó complicaciones hepáticas, intestinales, nerviosas, sanguíneas, cardíacas, etc., capaces de motivar una intervención terapéutica.

E.—El grupo de las *hipostenias*, ó *insuficiencias gástricas*, no tiene tampoco unidad clínica.

Una primera categoría comprende la *insuficiencia esencial*, puramente funcional, relativamente rara, y observada sobre todo en ciertas cloróticas.

Una segunda categoría abarca las *insuficiencias neuropáticas* de las histéricas, de los neurasténicos deprimidos, de los hipocondríacos, de los nostálgicos, de los individuos que han sufrido privaciones combinadas con fatiga excesiva intelectual ó física, ó con grandes depresiones nerviosas.

Incluyo en una tercera categoría las *insuficiencias ligadas á una lesión material del estómago*, desde las de la gastritis crónica hasta las del cáncer.

Forman su cuarta categoría las *insuficiencias gástricas de los febricitantes.*

F.—Las *perversiones gástricas* no constituyen una especie morbosa definida. Es un elemento patogénico añadido á uno de los grupos precedentes. Se las observa también de una manera primitiva, por decirlo así, en las estancaciones alimenticias ó cuando en un estómago normal ingresan en cantidad excesiva alimentos de fácil fermentación, ó por último, cuando una masticación y una insalivación imperfectas ponen en contacto de la mucosa gástrica alimentos insuficientemente preparados.

G.—Como prólogo de estos tres grandes grupos, conviene mentar los desórdenes digestivos que yo designo con el nombre de *dispepsias premonitorias ó alimenticias*, que son el prefacio de la dispepsia verdadera. En efecto, en estos casos, el funcionamiento del estómago es normal; lo viciado es la cocina que se hace en su cavidad. Trátase de un estado particular de la masa alimenticia contenida en la víscera y no de un desorden inherente á las funciones de ésta.

El cuadro siguiente condensa el conjunto de los grupos y variedades que constituyen esta nueva clasificación terapéutica de las dispepsias.

CLASIFICACIÓN TERAPÉUTICA DE LAS DISPEPSIAS

- I. Dispepsias premonitorias ó alimenticias. . . . . — Por exceso de peptonas. — Por exceso de bebidas.
- II. Hiperestenias gástricas. . . .
  - A. Agudas. . .
    - Paroxísticas. . . — Origen neurótico. — Origen nervioso central.
    - Transitorias ó intermitentes. . .
      - Reflejos. . . — Origen intestinal. — Origen litiásico biliar: de las enfermedades generales: artritismo, tuberculosis, etc.
      - Alimenticios. — Paroxísticos. — Periódicos.
      - Retardados.
  - B. Permanentes. . — Simples. — Con distensión estomacal, estancación gástrica, fermentaciones secundarias, espasmo ó contractura pilórica. — Con predominio cardíaco. — Con predominio intestinal. — Con predominio hepático. — Con predominio pulmonar. — Con predominio anémico. — Con predominio fosfatúrico. — Con predominio albuminúrico. — Con predominio glucosúrico, etc., etc.
- III. Hipostenias gástricas. . . .
  - A. Primitivas. . — Del reflujo biliar. — De las cloróticas. — De los nerviosos. — De los deprimidos.
  - B. Secundarias. . — Catarro gástrico. — Gastritis crónica. — Cáncer del estómago.
- IV. Perversiones gástricas ó fermentaciones viciosas. . . . . — De las hiperestenias gástricas — De las hipostenias gástricas. — De las estancaciones gástricas. — Alimenticias.

Reconozco las numerosas objeciones que pueden hacerse á esta clasificación, fundada en la etiología, en la evolución y en las complicaciones de la enfermedad. Nosológicamente es atacable por todos lados; pero cumple el único fin que debe proponerse el médico, puesto que con sus imperfecciones es, sin embargo, entre las clasificaciones corrientes, la única que puede servir de guía terapéutica.

V

Tratamiento profiláctico fundado en el conocimiento de la etiología

El conocimiento y el alejamiento de las causas provocadoras de las dispepsias, resumen su tratamiento profiláctico. Las dispepsias son primitivas ó secundarias. El desorden funcional que constituye las *primitivas* reconoce como causas provocadoras los vicios de la alimentación, las modificaciones de la inervación gástrica, las acciones mecánicas ó medicamentosas, las condiciones climáticas, las influencias profesionales. Las *secundarias* son sintomáticas de afecciones del estómago con lesión, ó suceden á diversas enfermedades locales y generales, que tras ellas se ocultan muchas veces hasta el punto de que el estómago ocupa el primer lugar en la sintomatología. Tanto si la dispepsia es primitiva como si es secundaria, es indispensable determinar su causa, porque imprime notables modificaciones al tratamiento.

A. — DISPEPSIAS PRIMITIVAS

1.° *Vicios de la alimentación.* — La irregularidad de las comidas, la masticación imperfecta, los movimientos bruscos ó los ejercicios violentos después de las comidas, el exceso cuantitativo de alimentos, las alimentaciones exclusivas (abuso de la carne, de los feculentos, del pan, de las golosinas, del azúcar, de los alimentos grasos, pesados, etc.), el exceso de las bebidas en general, de los vinos alcoholizados, azucarados en el tonel, enyesados, de los alcohólicos, el uso de los condimentos (vinagre, sal marina, pepinillos, pimienta, etc.), son otras tantas causas de dispepsia, que será fácil evitar. Lo mismo puede decirse de la alimentación insuficiente, que con tanta frecuencia causa perturbaciones gástricas en los recién nacidos, los convalecientes y los viejos.

Merece mención especial la dispepsia de los fumadores. Como regla general, es necesario prohibir el tabaco á los dispépticos; y si la prohibición parece demasiado absoluta, cuando menos no se debe autorizar el uso del tabaco más que en mínima cantidad y después de las comidas.

2.° *Desórdenes de la inervación gástrica.* — Toda perturbación nerviosa, cualquiera que sea su naturaleza, trastorna la secreción y los movimientos del estómago. El agotamiento nervioso, la neurastenia, las preocupaciones, los pesares, las ideas fijas, los celos, las nostalgias, el

trabajo intelectual exagerado, el amor contrariado, las penas, etc., son poderosos factores de la dispepsia. Pero esta etiología, por clara y cierta que sea, se presta poco á los tratamientos profilácticos, porque si se puede con facilidad moderar el trabajo intelectual, no está al alcance de ningún médico el suprimir una preocupación ó desvanecer una pena.

3.° *Condiciones etiológicas mecánicas.* — Tanto perjudica á la digestión la fatiga como la favorece el ejercicio moderado y regular, y ciertos estados dispépticos son provocados seguramente por los movimientos bruscos ó violentos efectuados inmediatamente después de las comidas. La equitación al acabar de comer es causa frecuente de mala digestión.

En las mujeres, el uso de corsés, siempre demasiado ceñidos, dificulta singularmente las funciones gástricas. Bajo su presión, el estómago, que es vertical y no transversal, como decían las descripciones clásicas, tiende á tomar la forma bilocular, que ha sido muy bien descrita por Clozier (de Beauvais), y cuyo signo clínico es un ruido hidroaérico, isócrono con la respiración y perceptible á distancia; este ruido es producido por los movimientos respiratorios, que hacen pasar los líquidos estomacales de la bolsa inferior á la superior y recíprocamente á través de la angostura de la parte estrechada. Esta verdadera dislocación del estómago se complica habitualmente con distensión del órgano, por efecto del acodamiento duodenal; de ahí resultan trastornos de secreción, estancaciones alimenticias, fermentaciones anormales, contracciones dolorosas de la túnica muscular y reflujos biliares en la cavidad gástrica. El uso de una buena faja abdominal puede paliar estos accidentes; pero la supresión del corsé es el único tratamiento decisivo que puede oponérseles. Se ha ensayado para estos casos reemplazar el corsé por cinturones, almillas, corpiños, etc., pero nada vale lo que la total supresión de constricciones próximas al estómago.

La posición inclinada es una causa frecuente de dispepsias en los hombres de bufete; de modo que debe aconsejárseles que no trabajen inmediatamente después de las comidas ó cuando menos que trabajen de pie ante un pupitre alto.

4.° *Causas climáticas.* — El exceso de calor y de frío, el aire confinado, perturban manifiestamente la digestión, y conviene fijarse en estas circunstancias para evitarlas. Como el aire confinado es, sin discusión, una de las más frecuentes, se recomendará á los dispépticos que den un paseo á pie, al aire libre, después del período de reposo que debe guardarse inmediatamente después de las comidas.

5.° *Causas medicamentosas.* — Podría escribirse un largo é impor-

tante artículo acerca de las dispepsias de origen medicamentoso, sin hablar de las que, reconociendo otro origen, han sido sostenidas y agravadas por una terapéutica intempestiva. No mencionaré aquí más que las principales.

En primer lugar, coloquemos el *abuso de las aguas minerales* llamadas de mesa y sobre todo de las aguas minerales gaseosas ó gasificadas. Estas aguas provocan un estímulo artificial que llega á ser imprescindible para el estómago; se comienza por las aguas ligeramente alcalinas y gaseosas, se continúa por el sifón de agua de Seltz artificial, y se acaba por la dispepsia, cuyo mejor remedio, cuando todavía es tiempo, consiste en volver á tomar agua de fuente.

Si el *té* caliente y muy ligero es para muchas personas una excelente bebida para después de las comidas, no es menos cierto que su uso inmoderado, sobre todo aparte de los alimentos, trastorna frecuentemente las funciones digestivas.

Ciertos medicamentos como el *tanino*, la *creosota*, los *yoduros*, el *licor de Fowler*, los *balsámicos*, los *preparados de mercurio*, de *opio*, etc., son muy nocivos para la secreción gástrica, sobre la cual ejercen la mayoría de ellos una acción suspensiva. Los maleficios de la *creosota* administrada por vía gástrica no necesitan demostración, y casi no hay tuberculoso en quien no provoquen ó agraven los trastornos dispépticos.

El *vino de quina*, medicamento de moda, es origen de muchas dispepsias. Generalmente se usa sin prescripción médica, á título de tónico estomacal ó general, y frecuentemente los anémicos ó los dispépticos que lo toman acaban muy pronto digeriendo mal. Por esto cuando un médico prescribe el vino de quina, debe hacerlo tomar en mitad de las comidas, por decirlo así, entre dos capas de alimentos.

6.° *Causas profesionales.* — Las dispepsias profesionales dependen de las condiciones más desemejantes. No se puede comparar la dispepsia debida á la ingestión de polvos (obreros del yeso, de la lana, el algodón, el carbón, etc.), con las causadas por la absorción de vapores de fósforo. Estas últimas se distinguen por una insuficiencia gástrica especial, cuya consecuencia es un decaimiento considerable de la nutrición orgánica, con aumento absoluto ó relativo de la nutrición inórganica, caracterizado por una enorme elevación del coeficiente de desmineralización (Alberto Robin y Magitot) (1). Las industrias del asfalto, del petróleo, del caucho, del sulfuro de carbono, del albayalde, afectan especialmente las funciones gástricas.

(1) Alberto Robin y Magitot.—*Bulletin de l'Académie de Médecine*, 1895.

A este grupo pertenecen también las dispepsias de los hombres de bufete, de los sedentarios y de los que llevan la vida á todo vapor. Los desórdenes gástricos causados por la máquina de coser entran también en esta categoría. Basta conocer estas diversas condiciones etiológicas, para intentar con éxito suprimirlas cuando se las encuentra en un dispéptico.

B.—DISPEPSIAS SECUNDARIAS

1.° *Dispepsias de las enfermedades del estómago con lesión anatómica.* —No hay enfermedad del estómago con lesión que no se acompañe de dispepsia. Esta inicia, acompaña y termina la historia de todas las afecciones gástricas, así se trate de la gastritis crónica como de la úlcera ó el cáncer, y su tratamiento se superpone al de la enfermedad causal.

2.° *Dispepsias de origen intestinal.*—Por efecto de su solidaridad funcional, de las conexiones de continuidad y de contigüidad nerviosas y circulatorias que los unen, las perturbaciones del estómago y del intestino resuenan forzosamente de uno en otro. Cuando el uno empieza, el otro se ve más ó menos rápidamente arrastrado por el movimiento morboso. Se empieza por la dispepsia gástrica ó intestinal y se acaba por la dispepsia gastro-intestinal.

Las dispepsias gástricas de origen intestinal revisten muchas variedades.

A.—Figura en primera línea la *dispepsia de la enteroptosis* y del *desequilibrio abdominal,* bien individualizada por Glénard. Su tratamiento exige, ante todo, la reposición de los órganos dislocados, por medio de un cinturón especial, cuyo modelo no debe ser invariable, como la cincha, sino que deberá modificarse según las indicaciones. La cincha de Glénard resulta muchas veces demasiado alta por delante y por los lados; prefiero sustituirla por un cinturón menos ancho, con tirantes á los lados y trinchas por delante, que permitan ceñirlo ó aflojarlo á voluntad cuando está colocado; este cinturón tiene, además, la ventaja de no abultar el vientre; le he dado el nombre de «cinturón hipogástrico, modelo de la Piedad, n.° 1».

El tratamiento gástrico que parece dar mejor resultado cuando se ha combatido el desequilibrio abdominal por un cinturón apropiado, es el de la insuficiencia gástrica, con adición de frecuentes laxantes.

B.—*Dispepsia de la insuficiencia intestinal con estreñimiento.*— Gran número de casos de hiperestenia gástrica tienen por causa la constipación habitual con coprostasis. Al principio, la enfermedad sigue una

marcha intermitente, luego se hace permanente, sobre todo en los individuos de 18 á 25 años estreñidos desde su infancia. Pues bien, ninguna dispepsia ligada á la coprostasis, tanto si ésta es causa como si es efecto, puede curar si no se regularizan las deposiciones, y son incontables los casos de individuos reputados como puramente dispépticos que se curan sin tratamiento gástrico, cuando se restablecen las funciones del intestino por medicamentos apropiados ó por el empleo de ciertas aguas minerales, como las de *Châtel-Guyon, Kissingen, Carlsbad, Brides, Aulus, Santenay* ó *Maizières.*

C.—*Dispepsias de origen intestinal diverso.*—Una de las más frecuentes es la *dispepsia hemorroidaria,* bien descrita por Germain Sée (1). Los desórdenes diversos de la función estomacal se observan también en los herniados, especialmente en los que sufren pequeñas *hernias epiploicas* supra-umbilicales (Zabè), en los individuos con *vermes intestinales,* ó afectos de *diarreas,* de *enteritis,* etc. También en estos casos la naturaleza de la causa domina todo el tratamiento.

3.° *Dispepsias de origen hepático.*—El funcionamiento del hígado está, como el del intestino, tan íntimamente unido con la digestión gástrica, que no puede ser afectado el hígado sin que en seguida se resienta la función estomacal. De ahí que son muy numerosos los estados gástricos que pueden achacarse á una influencia hepática primitiva. No pudiendo estudiarlos aquí en detalle, me limitaré á una rápida enumeración.

A.—*Dispepsias que pueden llamarse mecánicas.*—Débense á las *dislocaciones del hígado,* que dificultan durante la digestión los movimientos y la evacuación del estómago.—Caracterízanse por vómitos biliosos, verdosos, más ó menos frecuentes, dos horas después de las comidas. Se observan principalmente en las dispepsias debidas al corsé.

B. — *Dispepsias de los litiásicos biliares.* — Revisten muchas apariencias.

En una primera variedad, el acceso de cólico hepático va precedido de desórdenes gástricos, uno de cuyos caracteres consiste en presentar un quimismo estomacal variable.

En una segunda variedad, llaman la atención algunos síntomas hepáticos concomitantes. Consisten éstos en un tinte ligeramente ictérico de las conjuntivas ó en una coloración más obscura de la orina, con sedimentos rosáceos.

Una tercera variedad comprende los enfermos que sufren, antes de su ataque de cólico hepático, una crisis más ó menos violenta de hiperestenia gástrica aguda.

(1) Germain Sée.—*Des dyspepsies gastro-intestinales,* 1881, pág. 216.

Indicaremos, por último, el estado dispéptico que siempre acompaña y sigue al acceso litiásico.

C. — *Dispepsias de diversas afecciones hepáticas*, tales como las cirrosis atróficas é hipertróficas, las angiocolitis, las colecistitis, el cáncer del hígado, etc.

4.° *Dispepsias de origen cardíaco.* — Es muy raro que un cardíaco no sufra trastornos gástricos y en muchos casos son precisamente estos trastornos los que primero llaman la atención. En el *bocio exoftálmico*, en la *insuficiencia aórtica*, en las *aortitis crónicas*, este reflejismo gástrico se explica por la inervación común de los aparatos cardíaco y digestivo. Pero no es éste el único mecanismo que interviene, y en la insuficiencia aórtica sobre todo, la irrigación defectuosa y la anemia circulatoria de la mucosa gástrica son cuando menos la causa de una de las formas de la *dispepsia aórtica*.

El origen de los accidentes es distinto en las *enfermedades mitrales*. En ellas la circulación gastro-hepática está más ó menos dificultada; hay estancación ó congestión de la mucosa gástrica, y por consiguiente insuficiencia frecuente de la función.

5.° *Dispepsias de origen nervioso.* — Las enfermedades del sistema nervioso tienen una influencia considerable sobre el estómago, tanto si se trata de enfermedades con lesión, como la *tabes*, cuyas crisis gástricas dolorosísimas son bien conocidas, como si son simples *neurosis* como la histeria ó la neurastenia. A propósito de esta última afección, es necesario distinguir los casos en que la neurastenia es de origen gástrico, de aquellos otros en que los desórdenes digestivos dependen de la neurosis. Este diagnóstico, casi imposible en muchos casos, es útil para la terapéutica, porque el síndrome neurasténico engendrado por la perturbación gástrica, mengua y se mejora después del tratamiento conveniente para el estómago, mientras que no se consigue ningún resultado cuando únicamente se trata la dispepsia consecutiva á la neurastenia; en estos casos, para lograr un efecto apreciable, es necesario obrar sobre el sistema nervioso al mismo tiempo que sobre el estómago.

6.° *Dispepsias de origen renal y urinario.* — Las dispepsias urinarias están clasificadas y son bien conocidas, desde las de la *retención de orina*, la *insuficiencia renal*, las *fermentaciones urinarias*, hasta las formas más graves de la *dispepsia urémica*. En todos estos casos, no hay tratamiento posible si no se tiene en cuenta la etiología. En este grupo se incluirán las dispepsias por el *riñón movible*, á las cuales ha consagrado nuestro colaborador A. Mathieu un importante estudio; estas afecciones, contra las cuales es inútil todo tratamiento gástrico, me-

joran rápidamente sosteniendo el riñón por medio de un vendaje especial.

7.° *Dispepsias de origen uterino.* — Todo el mundo sabe de qué modo reacciona el útero sobre el estómago; los trastornos digestivos que acompañan al *período menstrual*, al *embarazo*, al *catarro uterino*, la *leucorrea*, son de conocimiento vulgar. Es, pues, inútil insistir y nos contentaremos con recordar que en toda mujer dispéptica debe hacerse el examen del útero y de sus funciones.

8.° *Dispepsias de origen anémico.* — Ahora tendríamos que pasar revista á las complejas relaciones que existen entre el estómago y las enfermedades generales. Propiamente hablando, no hay una sola afección general en cuya sintomatología no figuren los desórdenes del estómago. Pero limitaremos esta revisión sumaria á las anemias, la tuberculosis, la gota y el reumatismo.

Es un hecho que ha llamado la atención de todos los observadores, y que Beau ha erigido en doctrina, que la dispepsia es origen de gran número de enfermedades de la nutrición y de la anemia en particular; pero ocurre también muy á menudo que la clorosis y las anemias provocan trastornos dispépticos secundarios.

La dispepsia dolorosa, llamada antiguamente de forma gastrálgica y caracterizada por las fermentaciones anormales, es frecuente en las cloróticas. Es de toda evidencia que también en este caso el tratamiento de la desglobulización debe ocupar el primer lugar entre las preocupaciones del médico. Fuera grande error contentarse con tratar el estómago, puesto que su trastorno es manifiestamente consecutivo. Lo mismo diré de las dispepsias de la convalecencia de las enfermedades agudas.

Por consiguiente, importa, desde el punto de vista terapéutico, hacer el diagnóstico diferencial entre la dispepsia que es causa de anemia y la dispepsia que es efecto de la anemia. Cuando la dispepsia es causa, el estómago presenta generalmente signos patentes de irritación funcional; la hiperestenia con hiperclorhidria es la regla general, y casi siempre se conserva el apetito. Por el contrario, cuando la dispepsia es provocada por la anemia, el jugo gástrico es pobre en ácido clorhídrico, existen de ordinario fermentaciones anormales y domina la insuficiencia gástrica. En este último caso, debe tratarse primero la anemia y no emprender el tratamiento de la dispepsia hasta más tarde, cuando ya una sangre más rica pueda suministrar á la secreción gástrica materiales más abundantes.

9.° *Dispepsias de origen tuberculoso.* — La dispepsia juega un papel predisponente considerable en la invasión y en la evolución de la

tuberculosis; pero la tuberculosis por sí misma, y sobre todo la tuberculosis pulmonar, provoca desórdenes gástricos, al principio simplemente funcionales, que á la larga conducen á lesiones más ó menos profundas del estómago.

En las cuatro quintas partes de los casos, los desórdenes dispépticos de los tísicos en el primer período corresponden al grupo de las hiperestenias con hiperclorhidria, siempre, sin embargo, que los tísicos están apiréticos. Cuando viene la fiebre, es la insuficiencia gástrica lo que domina. Y á medida que la enfermedad causal progresa, se acentúa la insuficiencia hasta los períodos caquécticos y terminales, en los cuales la gastritis crónica ocupa el primer lugar. Deberá, por tanto, vigilarse de muy cerca el régimen alimenticio de los tuberculosos dispépticos—y lo son casi todos—para modificarlo con conocimiento de causa, conforme vayan apareciendo los trastornos digestivos debidos á la excitación, luego á la depresión, más tarde á la ruina de la función gástrica.

Los médicos ingleses han sabido comprender el valor de la dispepsia de los tuberculosos, y Grancher, en un artículo reciente, insistía de nuevo sobre su importancia. Todos han puesto en evidencia la gravedad de esos casos en que la decadencia del estado general no guarda proporción con la extensión mínima de las lesiones pulmonares. En tales casos, el tratamiento debe dirigirse ante todo al estómago, dejando en segundo lugar al bacilo de Koch y sus maleficios, y sin preocuparse más que de los medios más aptos para permitir al enfermo que se nutra y asimile su alimentación, que será lo que le asegure el mayor número de probabilidades de durar y quizá de curarse. ¡Nótese que digo «curarse»! Es que, desgraciadamente, no curamos nosotros á los tuberculosos: es el enfermo mismo el que se cura, cuando puede luchar. Pues bien, con un mal estómago, sus probabilidades de éxito son nulas; pero si un médico hábil se esfuerza en combatir racionalmente los desórdenes gástricos, proporciona un auxilio inmenso á su nutrición, es decir, al arsenal de donde el enfermo toma fuerzas para defenderse.

10. *Dispepsias de origen gotoso y artrítico.* —El artritismo originario ó adquirido se encuentra, más ó menos latente, en gran número de dispepsias, sobre todo de hiperestenias gástricas. En la gota confirmada, los trastornos digestivos son frecuentes y revisten mucha variedad, desde la dispepsia premonitoria del acceso de gota, hasta la crisis aguda que sucede inmediatamente á este acceso ó lo reemplaza. Lo mismo ocurre en el reumatismo crónico, en el cual la dispepsia toma más bien el tipo de la insuficiencia de marcha lenta. En todos estos casos, la terapéutica será poco decisiva si atiende únicamente á los desórdenes gástricos, puesto

que la causa está en un proceso de la nutrición general y no en el estómago. En los reumatizantes, por ejemplo, en los que los desórdenes gástricos alternan tan á menudo con manitestaciones dolorosas erráticas ó localizadas, el estómago no mejora si no se consigue restablecer las funciones de la piel, estimular la circulación periférica, modificar la nutrición general. Y por esto el régimen deberá encaminarse tanto á corregir el desorden nutritivo general como el estado dispéptico.

Esta rápida revista de la etiología permite instituir un tratamiento profiláctico de las dispepsias. Y lo que es más, al principio de ellas, la supresión de la causa morbosa llevará á menudo consigo la curación. Pero cuando la enfermedad es más ó menos inveterada, sobrevive á su causa y no desaparece aunque ésta cese. Además, muchas de estas causas, como la tuberculosis, el artritismo, etc., son difícilmente accesibles á una terapéutica eficaz. Entonces es cuando importa considerar la dispepsia como una personalidad morbosa é instituir su tratamiento directo.

VI

Tratamiento de las dispepsias premonitorias ó alimenticias

Estas dispepsias se encuentran casi siempre en personas que tienen un estómago excelente. Esto parece una paradoja, y sin embargo, nada más cierto. En efecto, estos fenómenos se pueden encontrar siempre en los que comen mucho y en las personas que absorben excesivas cantidades de líquidos, en una palabra, en sujetos que no sienten todavía la necesidad de un régimen.

Estos desórdenes funcionales, que para nada dependen del estómago mismo, se presentan bajo dos aspectos: dispepsias por exceso de bebida y por exceso de peptona.

A.—DISPEPSIA PREMONITORIA POR EXCESO DE BEBIDA

En esta variedad, el jugo gástrico, diluído hasta el extremo, no es suficiente para transformar los alimentos, porque no contiene ácido clorhídrico libre en concentración suficiente. Este tipo se ve con mayor frecuencia en las mujeres; se encuentra también en los fogoneros, los vidrieros y en los oficios que obligan á los obreros á beber mucho, á causa de las grandes pérdidas sudorales á que están sometidos. Citemos también

algunas cloróticas cuya secreción clorhídrica está ligeramente menguada. Esta secreción, suficiente para una digestión normal, resulta insuficiente cuando el jugo gástrico se diluye más allá de ciertos límites.

La *sintomatología* es muy reducida y puede resumirse en estos términos: sensación de plenitud después de las comidas, regurgitación de alimentos no digeridos mezclados con un líquido insípido, desaparición de los síntomas unas tres horas después de la comida.

El conocimiento de la causa implica desde luego el *tratamiento*. Es necesario disminuir las bebidas. Pero para evitar los vértigos que á veces acarrea la supresión brusca de los líquidos durante la comida, es necesario efectuar la disminución de una manera progresiva. El mejor medio de llegar á ella sin gran dificultad para el enfermo, consiste en autorizarle para que beba una ó dos horas después de las comidas, cuando ya está terminada la acción del ácido clorhídrico sobre los albuminoides. Procediendo así, será fácil conseguir un estricto racionamiento durante las comidas.

B.—DISPEPSIA PREMONITORIA Ó ALIMENTICIA POR EXCESO DE PEPTONAS

En esta variedad, la digestión comienza normalmente, pero cuando las peptonas formadas exceden de cierta tasa, obran como agente inhibidor de la función peptónica.

La *sintomatología* es muy sencilla. En primer lugar, el examen del contenido estomacal después de la comida de prueba no revela nada anormal. La digestión empieza normalmente, pero una ó dos horas después el sujeto siente un malestar que se parece al de una indigestión comenzante (soñolencia, pesadez epigástrica, inquietud, alguna vez vómito). El líquido vomitado contiene un exceso de peptonas y de albúmina coagulable por el calor. Algunas observaciones me inducen á admitir dos subvariedades de esta dispepsia:

1.° La primera debida á la inhibición de la función pepsínica;

2.° La segunda por inhibición de las funciones clorhídrica y pepsínica.

El *tratamiento* es una sencilla cuestión de alimentación. Es necesario moderar la cantidad de los albuminoides y vigilar las funciones del intestino, que recoge la sucesión del estómago y completa el trabajo.

Como estos individuos están de ordinario estreñidos, se regulariza el curso de las deposiciones insistiendo más en la alimentación que en los medicamentos. Se aconsejará que se aumente la *alimentación* herbácea, las legumbres en puré, las frutas cocidas, el pan de salvado, etc.

Esta dispepsia por exceso de peptonas es, como hemos dicho, patrimonio de los que comen demasiado. Pero es muy difícil fijar los límites más allá de los cuales se incurre en tal exceso. Muchas personas que normalmente tienen mediocres capacidades digestivas, quedan pronto empachadas por una cantidad de alimentos que, en absoluto, puede no parecer considerable. Estos individuos estarán saciados mucho antes que otros y entonces se verán sobrevenir en ellos los accidentes propios de los que visiblemente toman demasiados alimentos. De modo que habrá que poner al enfermo á ración, siempre que aparezcan los desórdenes descritos aun en individuos que parezcan comer moderadamente. Para esto, servirán de guía las regurgitaciones de líquidos neutros ó poco ácidos, que son una de las características de la suspensión de la digestión por exceso de peptonas, entendiendo bien que este exceso, como valor, depende en absoluto del coeficiente individual.

VII

Tratamiento de las hiperestenias gástricas agudas

Las hiperestenias gástricas son agudas ó permanentes. Corresponden á lo que muchos llaman todavía la dispepsia hiperclorhídrica, como si un exceso de ácido clorhídrico en el contenido gástrico pudiera individualizar una especie morbosa. He demostrado ya en otro sitio que esta dispepsia llamada hiperclorhídrica, tal como ha sido descrita, no tenía característica etiológica, química, clínica ó terapéutica (1). La hiperclorhidria es un síntoma que no puede, como no puede el síntoma tos ó el síntoma fiebre, servir para caracterizar una enfermedad.

Como hemos visto anteriormente, el grupo de las hiperestenias agudas comprende tres variedades, cuyo tratamiento vamos á describir.

A.—DE LA DISPEPSIA HIPERESTÉNICA AGUDA PAROXÍSTICA DE ORIGEN NEURÓTICO

1.° Consideraciones generales

El tipo es bien conocido. Corresponde á la gastroxinsis de Rossbach, á una parte de lo que Bouveret describe con el nombre de hipersecreción nerviosa deuteropática, al vomitus hyperácidus de Rosenthal.

(1) Alberto Robin.—Lecciones sobre el tratamiento de las dispepsias *(Bulletin général de therapeutique,* 1896-1897).

Caracterízase esencialmente por la asociación paroxística de dos fenómenos dolorosos, uno por parte de la cabeza (acceso de apariencia hemicránica ó migrañosa), otro por parte del estómago (violenta crisis gastrálgica con secreción súbita y excesiva de ácido clorhídrico), que comienzan aislada ó simultáneamente, alcanzan juntos su paroxismo y terminan por vómitos hiperácidos é independientes de toda alimentación. Tras el último vómito viene una rápida calma; el enfermo se duerme, y al despertar todo está terminado. Los accesos paroxísticos se repiten con intervalos variables y casi siempre son precedidos por una causa nerviosa provocadora.

Los trabajos intelectuales exagerados, la fatiga nerviosa, las emociones morales persistentes ó frecuentemente renovadas, las vigilias, las fatigas genitales, etc., constituyen los elementos principales de la *etiología*.

2.° Tratamiento

No se detiene una crisis de hiperestenia aguda paroxística cuando ya ha comenzado; pero se puede atenuar su violencia cuando los dolores son insoportables. Es el caso de emplear una medicación sedante, el *agua clorofórmica* al interior, las aplicaciones de *cloroformo* en la región epigástrica, la inyección subcutánea de *clorhidrato de morfina* ó también la administración de V á X gotas de la solución siguiente en una cucharada de agua clorofórmica:

Clorhidrato de morfina.	0 gr. 10
Agua destilada de laurel-cerezo.	5 gramos

Disuélvase y filtrese.

En tesis general, es necesario no emplear estos medicamentos sino cuando no hay medio de hacer otra cosa. Y en la mayoría de los casos, nos contentaremos con administrar *bebidas calientes* (infusiones ligeras de té, manzanilla, tilo, hojas de naranjo, menta) que diluyen la acidez gástrica y provocan á menudo vómitos favorables. Cuando la sensación de ardor gástrico ó esofágico es demasiado dolorosa, se darán 2 gramos de *magnesia hidratada* en obleas, ó una mezcla de 2 gramos de *bicarbonato de sosa* y 1 gramo de *creta preparada*, en un poco de agua templada.

El tratamiento profiláctico del acceso y verdaderamente curativo es puramente higiénico. Se prescribirá el reposo intelectual absoluto, la estancia en el campo, el ejercicio al aire libre. Estas prescripciones higiénicas, que evidentemente variarán según la naturaleza de la causa provocativa, tendrán más éxito que todos los medicamentos y hasta que todos

los regímenes, que, en la mayoría de los casos, no hacen más que agravar el mal y provocan con gran frecuencia desórdenes gástricos directos, que vienen á complicar una situación ya llena de dificultades.

B.— DE LA HIPERESTENIA AGUDA PAROXÍSTICA Ó PERIÓDICA DE ORIGEN NERVIOSO CENTRAL

1.° Consideraciones generales

Esta variedad es siempre sintomática de una enfermedad de los centros nerviosos, funcional ó con lesión. Sobreviene como epifenómeno en la tabes dorsal, la parálisis general, la esclerosis en placas, el histerismo y la neurastenia, constituyendo las llamadas crisis gástricas de estas enfermedades. Más que periódica, es paroxística, en el sentido de que procede ordinariamente por accesos de variable duración.

La crisis aparece en ayunas; su provocación no depende de los alimentos, sino del sistema nervioso central; la cefalalgia es nula ó mínima. La pirosis es extremada, el dolor epigástrico vivísimo, el malestar general considerable. La intolerancia gástrica, casi constante, se revela por vómitos repetidos, hiperácidos. La crisis, exasperada por todas las tentativas de alimentación, dura de veinticuatro á treinta y seis horas y puede prolongarse muchos días.

El examen del contenido gástrico revela una hiperclorhídrica intensa, cuando menos en la mayoría de los casos. Por mi parte, la he encontrado, en el momento de las crisis, diez veces entre trece casos de hiperestenia aguda en los tabéticos.

La tabes dorsal es la causa más frecuente de esta variedad de hiperestenia; pero la he observado también al principio y como síntoma premonitorio de la parálisis general.

Un profundo estudio de los cambios nutritivos me ha demostrado que la crisis gástrica no era más que un accidente que, cuando no es muy frecuente, no trasciende á la nutrición general y no causa trastorno alguno en el mecanismo de la digestión ó de los cambios elementales (1).

2.° Tratamiento

Propiamente hablando, no hay tratamiento de estas crisis de hiperestenia, porque sería necesario ejercer una acción sobre la enfermedad causal mejor que sobre el estómago, y esta enfermedad causal no está

(1) ALBERTO ROBIN.—*Traitement du maladies de l'estomac* (En preparación).

todavía al alcance de la terapéutica. Y siempre que, por cualquier procedimiento, se consigue mejorar la enfermedad generatriz, se ejerce al mismo tiempo una influencia profiláctica sobre la crisis gástrica.

Para combatir estas crisis, se han ensayado sucesivamente el *bicarbonato de sosa* á dosis altas, los *puntos de fuego* sobre la columna vertebral (Rendu), la pulverización de *cloruro de metilo* (Gaucher), la *cauterización* epigástrica, la *suspensión*, la *cocaína*, el *cloroformo*, el extracto de *cannabis indica*, los *opiados*, la inyección subcutánea local de *clorhidrato de morfina*, etc., etc. Esta misma multiplicidad de medios prueba su incertidumbre.

Pero ¿quiere esto decir que nos hayamos de quedar con los brazos cruzados, absteniéndonos de toda intervención? Ciertamente no, y voy á decir lo que yo aconsejo. En primer lugar, en los intervalos de las crisis, se practicará cada día una inyección subcutánea de uno ó dos centímetros cúbicos de una solución al cuarto de *glicerofosfato de sosa*, en los puntos que sean asiento de los dolores fulgurantes, repitiéndolas durante veinte días próximamente. En cuanto comienza la crisis, se volverán á empezar las inyecciones, aumentando la dosis hasta dos ó tres centímetros cúbicos. Al mismo tiempo se darán dos ó cuatro veces por día, sobre todo cuando el enfermo quiera alimentarse, IV ó V gotas de la siguiente mixtura en un poco de *agua clorofórmica:*

Picrotoxina.	0 gr. 05
Clorhidrato de morfina.	0 gr. 05
Ergotina Bonjean.	1 gramo
Agua clorofórmica.	12 —
Alcohol para disolver la picrotoxina.	c. s.

M. s. a.

Por último, cuando la pirosis y los vómitos hiperácidos dominan la situación, se administrará uno de los papeles siguientes, llamados papeles de magnesia compuestos:

Magnesia hidratada.	1 gr. 50
Subnitrato de bismuto.	0 gr. 40
Creta preparada.	0 gr. 50
Clorhidrato de morfina.	0 gr. 002
Bicarbonato de sosa.	1 gramo

Mézclese exactamente, para un papel, que se tomará después de haberlo diluído en un poco de agua.

La inyección subcutánea de *clorhidrato de morfina* intervendrá como supremo recurso, cuando fallen los medios precedentes.

Algunas veces en los casos rebeldes que hayan resistido á toda intervención terapéutica, se conseguirá resultado aplicando *puntos de fuego* muy finos, muy numerosos y muy superficiales á todo lo largo de los ner-

vios de los miembros inferiores, empezando por las ramificaciones dorsales de los pies. Este medio realiza con frecuente utilidad una aplicación de las doctrinas de Brown-Séquard sobre la inhibición.

Para los enfermos de esta categoría, no hay *régimen fijo* que instituir; se tendrán en cuenta sobre todo los recursos del paciente.

C.—HIPERESTENIA GÁSTRICA AGUDA DE ORIGEN GÁSTRICO Ó REFLEJO

1.° Variedades clínicas

A.—HIPERESTENIA AGUDA ALIMENTICIA

Esta variedad es indiscutiblemente la más importante de las hiperestenias agudas. De ordinario, abre el ciclo patológico que comienza por accesos de trastornos funcionales para terminar en la gastritis con lesión, pasando por el catarro gástrico. Es también la variedad que quizá resulta más satisfactoria para el médico, porque todavía es curable, mientras que la curación es mucho más rara cuando la enfermedad ha llegado al período permanente, que no es más que una etapa de transición hacia la gastritis incurable.

Reviste dos formas: en la primera, las crisis, que casi siempre tienen su origen en la alimentación, son de duración bastante breve para que se las pueda calificar de paroxísticas. En la segunda, las crisis, que ya son de origen alimenticio ó de origen reflejo, duran lo bastante para merecer el epíteto de periódicas; esta segunda forma no es, en suma, más que una agravación de la primera.

La *primera forma* es patrimonio de los que comen demasiado, ó muy de prisa, de todos aquellos cuyo estómago se pone con demasiada frecuencia en estado de tensión funcional. En estas condiciones, la menor gota de agua hace rebosar el vaso; una comida más copiosa, un plato indigesto, una fatiga cualquiera, etc., determinan una excitación gástrica superior á la necesaria, con hipersecreción de ácido clorhídrico é hiperexcitabilidad de la túnica muscular, que duran más que la permanencia de los alimentos en el estómago. En una palabra, el aumento de la secreción del ácido clorhídrico tiene por punto de partida la introducción de los alimentos, pero persiste después de terminada su digestión estomacal.

Puede también ocurrir excepcionalmente que la crisis sobrevenga cuando se pasa súbitamente de un régimen exageradamente animalizado á un régimen vegetal.

Por lo general, los enfermos no notan nada especial mientras la masa alimenticia permanece en el estómago; pero de tres á cinco horas después

de la comida estalla la crisis, más ó menos violenta en su expresión, desde su manifestación atenuada (pirosis, pesadez ó dolor epigástricos, ráfagas de calor, malestar, eructos, etc.), hasta la crisis aguda, con dolor violento y vómitos de materias ácidas, que dejan en la boca una impresión corrosiva.

El *examen del contenido estomacal* después de la comida de prueba, no denota por lo común más que un aumento insignificante del ácido clorhídrico libre ó combinado.

En la *segunda forma*, que en realidad no es más que un grado más avanzado de la anterior, el acceso se repite con regularidad después de las comidas durante muchos días consecutivos, y de ahí el nombre de periódica. Es una forma de transición entre la paroxística y la permanente. Su expresión sintomática no difiere de la forma precedente; pero después de la comida de prueba se encuentra ácido clorhídrico en exceso.

En resumen, la forma paroxística se distingue de la periódica en que el estómago no contiene ácido clorhídrico en exceso más que durante las pocas horas inmediatas á la ingestión de los alimentos; en tanto que el contenido gástrico es hiperácido, aun en ayunas, cuando se trata de la forma periódica, que, además, procede por crisis, que duran cinco ú veinte días, tras de las cuales todo vuelve á entrar en orden hasta una nueva crisis.

Ya se trate de la una ó de la otra forma, el estado general es bueno, el apetito normal ó exagerado, la sed intensa, la lengua húmeda y rosada, á veces intensamente roja. Los accesos sobrevienen siempre muchas horas después de las comidas y la comida siguiente los calma de momento. El dolor de la crisis no cabe en ninguna descripción, tan variante es en su expresión, asiento é irradiaciones.

El estómago está doloroso á la presión; la región epigástrica, abultada, aunque en realidad no hay distensión del estómago; cuando existe ruido de chapoteo, es pasajero y poco extenso (1).

El *examen del contenido estomacal* demuestra que los alimentos no permanecen mucho tiempo en el estómago; que hay un exceso de ácido clorhídrico libre y combinado; que las peptonas, las propeptonas y las sintoninas están aumentadas y que la digestión de las substancias amiláceas

(1) Traduzco *clapotage* por chapoteo, á pesar de algunas críticas que se me dirigieron con motivo de otra traducción, y en las cuales se decía que la palabra castiza española es la de bazuqueo, porque, según el *Diccionario de la Academia*, bazuqueo «es la acción de revolver una cosa líquida moviendo la vasija en que está», al paso que reserva el verbo chapotear y sus derivados, como voces imitativas, para designar el ruido que produce el agua salpicando al ser golpeada con las manos ó los pies. *Clapotage* es también voz imitativa, que designa el ruido, y deriva del alemán *Klappeis*, de igual significación, como el inglés *to clap*. Esto quiere decir que el verbo bazuquear y bazuqueo no puedan aplicarse.—*(N. del T.)*

está poco ó nada perturbada. La función pepsínica sufre una especie de inhibición y á veces se comprueba una pérdida de pepsina por la orina (1).

Las funciones intestinales están más bien entorpecidas y suele existir estreñimiento.

El examen de los cambios nutritivos generales proporciona algunos datos, que pueden resumirse como sigue: evolución retardada de los feculentos; trastornos de la nutrición nerviosa, con hiperactividad de los cambios y pérdida de fosfatos térreos; disminución de los cambios potásicos; aparición intermitente de una albuminuria funcional; más rara vez, glucosuria pasajera, indicio de mayor actividad hepática; algunas veces precipitación en la orina de los fosfatos térreos, que irritan más ó menos las vías urinarias, según demuestra la presencia de leucocitos.

B. — HIPERESTENIAS AGUDAS REFLEJAS

Las hiperestenias agudas paroxísticas ó periódicas de origen reflejo son muy numerosas. Pero teniendo en cuenta su frecuencia, cuatro son las especies que merecen sobre todo llamar la atención del médico.

La primera va unida á la *tuberculosis*, y no es más que una etapa que corre rápidamente hacia la hiperestenia permanente.

La segunda es una de las expresiones principales de la *litiasis biliar latente* y presenta una sintomatología algo especial, que puede ayudar á su diagnóstico y cuyos principales rasgos son: la incoherencia que, fuera de las crisis, existe en los síntomas gástricos, que una veces recuerdan los de la hiperestenia y otros la insuficiencia gástrica con fermentaciones secundarias; el aumento de volumen del hígado con dolor á la presión; los sedimentos rosáceos de la orina, el tinte subictérico de los tegumentos; el acceso de diarrea después de la crisis; el estado variable del tonus muscular del estómago (alternativas de distensión y retracción); por último, la variabilidad del quimismo gástrico.

La tercera se observa principalmente en sujetos jóvenes; va precedida ó acompañada de *acumulación de las heces fecales* en el ciego y en la S ilíaca; la lengua es saburral, el aliento más ó menos fétido; por último, cuando el resentimiento gástrico es reciente, todo cede ó poco menos á la medicación laxante.

C. — HIPERESTENIAS AGUDAS RETARDADAS

Es ésta una forma curiosa, relativamente rara, que, para manifestarse, exige tres condiciones: alimentos indigestos con excesiva rapidez, exceso

(1) ALBERTO ROBIN.—Pepsinuria normal y pepsinuria patológica (*Bulletin de la Société médicale des Hôpitaux*, 1896, pág. 602).

de trabajo muscular ó intelectual inmediatamente después de la comida, por último, preocupaciones y penas morales.

Presenta muchos *síntomas* esenciales. Primero, la regurgitación, durante la hora siguiente á la comida, de líquidos neutros ó apenas ácidos, que arrastran consigo partículas de alimentos intactos; estos líquidos contienen ácido clorhídrico combinado, pero no ácido libre ni ácidos de fermentación; luego, tres ó cuatro horas después de las comidas, crisis de pirosis con malestar epigástrico, abatimiento, salivación y expuición, aceleración del pulso, etc.; el cateterismo practicado en el momento de esta crisis dolorosa, extrae líquidos que contienen gran proporción de ácido clorhídrico libre.

Esta forma se convierte rápidamente en hiperestenia permanente.

2.° Tratamiento

El tratamiento comprende una parte principal, común á todas las variedades de esta hiperestenia aguda, é indicaciones accesorias particulares á cada una de estas variedades.

A. — RÉGIMEN

Este régimen es el mismo de la hiperestenia permanente tal y como se detallará más adelante. Es en primer lugar el *régimen lácteo absoluto*, conforme á las reglas que pronto expondré. De ordinario serán suficientes de ocho á quince días de régimen lácteo absoluto.

Si no se tolera la leche, institúyase el régimen siguiente: huevos pasados por agua, carnes asadas, bien cocidas, picadas; pescados sin grasa, hervidos, sin salsa; legumbres en puré y hervidos en agua; frutas cocidas; como bebida, agua pura á discreción. En este caso, el enfermo no comerá más que tres veces al día, y se le prohibirá comer nada entre comidas. En el desayuno, tomará un huevo pasado por agua, poco cocido; un poco de pan tostado y conserva de manzanas; en esta comida, debe evitar la ingestión de bebidas, que, en cambio, podrá beber según quiera en las otras comidas. Por último, se le recomendará que disminuya la cantidad de pan y salar con moderación los manjares.

Si se tolera bien el régimen lácteo, conviene no suspenderlo bruscamente cuando termine el plazo fijado; se irán introduciendo poco á poco los alimentos permitidos, y sólo después de ocho ó diez días de haber comenzado la alimentación, se suprimirá la leche para reemplazarla por agua pura.

Cada uno de los diversos elementos de este régimen tiene su utilidad. Así, por ejemplo, los huevos, la leche, las substancias nitrogenadas, pro-

porcionan al ácido clorhídrico materiales albuminoideos con los cuales se combina; la reducción de los alimentos á puré, disminuye la excitación mecánica de la mucosa gástrica; la disminución de la sal tiene por objeto menguar el material que las glándulas gástricas inviertan en la fabricación del ácido clorhídrico; el agua pura á discreción diluye el jugo gástrico sobrado de ácido, y atenúa sus propiedades irritantes; los grandes intervalos entre las comidas, prolongarán el reposo de órganos que están en hipertensión funcional; la disminución del pan quitará cuando menos un pretexto á las fermentaciones secundarias.

Este régimen tiene por principal objeto impedir ó retardar la reaparición de las crisis. Durante éstas, se prescribirán bebidas emolientes calientes, leche caliente, si es tolerada, reposo en la cama y fomentos calientes aplicados en el epigastrio.

B. — HIGIENE COMÚN

Se resume en una gran regularidad de la vida y en el alejamiento de todo lo que pueda producir sobreexcita[illegible]istema nervioso, cosas muy fáciles de prescribir, pero muy difíci[illegible]lizar en la práctica.

C. — TRATAMIENTO MEDICAMENTOSO

Después de muchas controversias acerca del tratamiento que conviene aplicar contra el acceso, la mayor parte de los prácticos han aceptado el empleo del *bicarbonato de sosa*, con el propósito de saturar la extremada acidez del jugo gástrico. Y se prescribe este medicamento á dosis enormes, repetidas, hasta el punto de que muchos médicos no vacilan en hacer tomar de 20 á 30 gramos al día. A pesar de la autoridad de los promotores de esta medicación, no puedo resolverme á aconsejarla, porque la experiencia me ha demostrado sus inconvenientes, casi sus peligros.

Al bicarbonato de sosa á dosis alta, se le pueden hacer, en efecto, tres objeciones fundamentales:

1.° En el estómago se transforma en cloruro sódico, y todo el mundo sabe que á expensas de esta sal es como las glándulas gástricas fabrican el ácido clorhídrico; de modo que viene á proporcionar un exceso de materia primera para una secreción ya sobrado abundante;

2.° Según la ley sentada por Claudio Bernard, y confirmada por los experimentos de Lemoine y Linossier y por los míos, es un excitante de la secreción ácida del estómago; por consiguiente, su empleo abusivo y reiterado fatiga á la mucosa gástrica y es seguramente una de las causas de la transformación más rápida de ciertas hiperestenias agudas así tratadas, en hiperestenias permanentes;

3.° Por último, da lugar á un desprendimiento considerable de gas ácido carbónico, que distiende la víscera de una manera á veces exagerada.

Por todas estas razones, yo prefiero los alcalino-térreos, es decir, la magnesia y el carbonato de cal.

La *magnesia* empieza por saturar la acidez del contenido gástrico y forma también *cloruro de magnesio*, que, como han demostrado Laborde y Aguilhon de Sarran, es un excitante de las fibras musculares lisas y remedia el estreñimiento atónico, tan común en los hiperesténicos. De modo que la magnesia es saturante y luego laxante; es al mismo tiempo, según resulta de experimentos hechos con Gaube (del Gers), un tónico mineral de la nutrición nerviosa, cosa no desdeñable en una enfermedad en que el elemento nervioso juega un papel tan importante.

De todas las formas farmacéuticas de este medicamento, la que yo prefiero es la *magnesia hidratada*.

Magnesia hidratada.	1 gr. 50
Subnitrato de bismuto.	0 gr. 25 á 0 gr. 60
Creta preparada.	0 gr. 50
Clorhidrato de morfina.	0 gr. 0005 á 0 gr. 002
Bicarbonato de sosa.	1 gramo

Mézclese exactamente y hágase un papel ó tres obleas.—Para tomar un papel, ó sucesivamente las tres obleas con diez minutos de intervalo, en cuanto empieza el acceso doloroso.

Como en esta fórmula entran, además de la magnesia, otros principios, he de justificar su presencia.

El *subnitrato de bismuto* es un absorbente que hace el papel de barniz sobre la superficie de la mucosa, la protege, calma su irritabilidad y *parece* disminuir su secreción.

La *creta preparada* satura los ácidos gástricos y se transforma en cloruro de calcio, muy difusible y ligeramente diurético (Giacomini).

El *bicarbonato de sosa*, que figura aquí á dosis que sus partidarios calificarán de insignificante, satura inmediatamente una parte del ácido libre y determina un alivio que deja tiempo para que se efectúe la saturación más lenta por la magnesia y la creta preparada.

En cuanto al *clorhidrato de morfina*, á pesar de su mínima dosis, obra como moderador reflejo, sedante, analgésico, antisecretor y anexosmótico, propiedades todas que encuentran aquí inmediatas aplicaciones. En los sujetos que sientan repugnancia por la morfina ó que no la toleren, se la reemplazará en la fórmula por 1 ó 2 centigramos de *polvo de opio en bruto*.

Si el sabor de la mezcla formulada, diluída en agua, fuera muy desagradable al enfermo, se podría utilizar la forma de obleas ó sellos, ó

añadir á la fórmula 0gr,50 de lactosa y 0gr,10 de polvo de vainilla, que enmascararían suficientemente su sabor soso.

Esta preparación calma casi instantáneamente la crisis. Si la calma se hiciera esperar más de veinte ó treinta minutos, se ordenará una nueva dosis, y es raro que estas dos dosis sucesivas no interrumpan la crisis. Importa recomendar á los enfermos que ingieran el papel de polvo en cuanto empieza el dolor; así serán mucho mayores las probabilidades de calmar este dolor que si se espera á que alcance su máximo, porque es más fácil detener una hiperactividad secretoria que comienza, que suspenderla cuando está en plena actividad.

Ningún medicamento me ha dado resultados tan satisfactorios como la preparación que aconsejo. El *láudano*, el *agua cloroformica*, el *bromuro de potasio*, el *extracto* y la *tintura de belladona*, no son más que paliativos. Sin embargo, si la crisis dolorosa tomara un carácter angustioso que calmara por la saturación magnesiana, podría recurrirse excepcionalmente á la *inyección subcutánea de clorhidrato de morfina*.

D. — TRATAMIENTO PREVENTIVO

No todo acaba cuando termina la crisis: es necesario esforzarse en prevenir su repetición. La higiene y el régimen concurren ya á este propósito, pero se les asociarán diversas medicaciones, que vamos á enumerar:

1.° Vigilar atentamente las funciones del intestino, tanto más cuanto todos estos enfermos tienen tendencia á la coprostasis. Desde luego, el estreñimiento y la coprostasis serán casi siempre evitados por el empleo de los polvos de magnesia compuestos; pero si éstos son insuficientes, se usarán, según la indicación, *grandes enemas de agua hervida*, y que esté á la temperatura del ambiente, dosis moderadas de *ruibarbo*, de *áloes*, de *cáscara sagrada*, de *extracto de podofilino*, ingeridas antes de la comida de la noche, ó dos añejas preparaciones de demostrada utilidad, las *píldoras ante-cibum* y los *gránulos de salud de Franck*.

2.° Para disminuir la excitabilidad nerviosa, que tanta parte toma en la génesis de las crisis, disponemos de tres medios: el ejercicio al aire libre, los baños templados y la hidroterapia.

El *ejercicio moderado* es indispensable para la digestión. Esta regla no tiene excepciones más que en las cloróticas, á las cuales más bien hay que prescribirles el reposo. Después de la crisis, el enfermo se irá al campo, si puede hacerlo, y allí vivirá muscular y vegetativamente.

Dos veces por semana tomará un *baño templado,* al cual añadirá media libra de *gelatina de París* y media libra de *almidón.*

La *hidroterapia* le prestará grandes servicios, á condición de precisar bien la técnica. Con la hidroterapia pueden producirse efectos excitantes ó sedantes. Lo que aquí se busca es la sedación, y para obtenerla, se evitarán los efectos percusivos de la ducha y se asociará el agua templada al agua fría de la manera siguiente. El que da la ducha tendrá á su disposición agua templada á 26° ó 28° y agua fría á 12° ó 15°; primero toma el agua templada, quiebra su chorro con el dedo, ó mejor todavía con un obturador acribillado de minuciosos y finos agujeros, y dirige este chorro á la espalda y piernas de arriba abajo y luego de abajo arriba; entonces el enfermo se vuelve de cara y se repite la misma operación en las partes anteriores y laterales del cuerpo: este primer tiempo dura uno ó dos minutos. En seguida se pasa al agua fría. El bañero coge el obturador y lo hace girar tan rápidamente como puede para transformar los múltiples chorros en una nube de agua fría, á través de la cual pasa y repasa el enfermo dos ó tres veces. Luego se quita el obturador y se suelta un chorro directo, percusivo, sobre cada pie, durante cinco ó seis segundos.

Si no se tienen á mano los medios de practicar esta hidroterapia especial, vale más abstenerse y contentarse con las *afusiones templadas,* con esponja, practicadas sobre un barreño, y seguidas de una rápida fricción con una esponja empapada en agua fría.

3.° Todas estas indicaciones pueden cumplirse en el tratamiento de las hiperestenias reflejas, pero es necesario que las completen las indicaciones derivadas de la noción etiológica. No podemos entrar aquí en los detalles de los tratamientos etiológicos que deberán instituirse.

4.° Pasada la crisis, se dirigirá toda la atención al órgano enfermo, que es el punto de partida del reflejo gástrico. Así es que, en caso de estreñimiento crónico, se aconsejarán las curas hidrominerales de *Châtel-Guyon, Aulus, Kissingen* y *Marienbad.* Si existe litiasis biliar, se recomendará *Vichy* ó *Carlsbad.* En cuanto á las otras variedades de hiperestenia aguda, no conseguirán grandes ventajas en las aguas minerales, y se encuentran muchos enfermos cuyo estado más bien se ha agravado por el empleo abusivo de ellas.

VIII

De las hiperestenias gástricas permanentes

A. — RESUMEN CLÍNICO

Si la influencia de las excitaciones se renueva, ya no será en forma de crisis más ó menos agudas y más ó menos duraderas como se manifestará la dispepsia, sino que representará un estado permanente con los trastornos digestivos continuos que caracterizan la hiperestenia permanente ó crónica.

Esta forma de dispepsia corresponde á la dispepsia ácida de Gubler, á la dispepsia hiperclorhídrica de Germán Sée, á la forma permanente de la hipersecreción protopática ó enfermedad de Reichmann, de Bouveret, al catarro ácido de Jaworski, á la hipersecreción crónica de Riegel y la gastritis hiperpéptica de Hayem, á una parte de la antigua dilatación del estómago, etc., etc.

Constituye la más frecuente de las enfermedades del estómago y puede ser considerada como una de las mayores consecuencias morbosas de la lucha por la vida. Casi siempre deriva de alguna de las variedades de la forma aguda. El nervosismo hereditario ó adquirido, el artritismo, la clorosis y la tuberculosis son los estados protopáticos que crean el terreno favorable para su desarrollo.

1.° *Síntomas esenciales.*—De ordinario el hiperesténico permanente es un individuo pálido y flaco, de aspecto más ó menos caquéctico, que á las veces hace la impresión de un canceroso. Insiste principalmente en sus accesos dolorosos, su apetito conservado ó exagerado, el miedo que le da comer, porque la comida despierta crisis, que describe con gran lujo de detalles.

Los dos primeros signos que llaman la atención del observador son las crisis dolorosas, muy variables en sus expresiones y resonancia, y el desacuerdo entre el apetito, que es excelente, y la decadencia del estado general. La exploración del estómago, del hígado y del intestino, revela otros tres signos que, unidos á los anteriores, forman un conjunto sintomático bastante importante para imponer el diagnóstico, sin examen químico alguno del contenido gástrico.

La región epigástrica está sensible á la presión; en algunos sujetos esta sensibilidad parece más exquisita á nivel del píloro. Las paredes

abdominales están flácidas; el hueco epigástrico más bien suele estar abultado que deprimido.

En cuanto al estómago mismo, está distendido con tal frecuencia que no he visto faltar la distensión más que 47 veces entre 1,595 casos. Precisamente esta frecuencia, unida al error que ha hecho confundir hasta ahora la distensión por espasmo prolongado con la dilatación verdadera, ha sido la que ha engañado á los médicos y les ha hecho diagnosticar dilataciones donde no había más que distensiones. Existen, pues, casi siempre la distensión y el chapoteo ó ruido de bazuqueo gástricos, y puede añadirse que la inmensa mayoría de las grandes ectasias gástricas pertenecen á la hiperestenia permanente.

Síntomas más raros, pero que importa conocer á causa de los errores de diagnóstico á que pueden dar lugar, son la agitación peristáltica del estómago y la sensación de resistencia, de falso tumor, en el hueco epigástrico, dependiente de la contracción tónica de la capa muscular del estómago.

El aumento de volumen del hígado, que casi siempre está sensible y á veces doloroso á la percusión, constituye un signo casi tan importante como la distensión gástrica, puesto que sólo falta en menos de la cuarta parte de los casos. Pero para comprobarlo, importa percutir al enfermo de pie.

Es extremadamente frecuente el estreñimiento con coprostasis perceptible á la palpación, á nivel del ciego, de la S ilíaca y á veces del colon descendente. En muchos enfermos, estas masas de materias fecales del ciego, además de los diversos accidentes que pueden provocar, son confundidas con un riñón movible y tratadas como á tal. He encontrado este signo de la coprostasis, con ó sin distensión del intestino grueso, 1,106 veces entre 1,595 casos. En otros casos, las deposiciones son más ó menos regulares, ó bien hay enteritis muco-membranosa que disimula el estreñimiento ó bien hay diarrea.

Crisis gástricas, distensión estomacal, hipertrofia funcional del hígado, estreñimiento y coprostasis perceptible á la palpación, desacuerdo entre la decadencia del estado general y la conservación ó hasta exageración del apetito, tales son los signos fundamentales, cuyo conjunto impone en cierto modo el diagnóstico.

2.° *Quimismo estomacal.*—Pero si, por cualquier razón, este diagnóstico fuera dudoso, el estudio del quimismo estomacal disipará todas las vacilaciones.

La exploración del estómago en ayunas extrae de 60 á 200 gramos de un líquido turbio, grisáceo, amarillento ó verdoso, sin residuos alimen-

ticios, que digiere la fibrina en la estufa, y mide de 1 á 2 por 100 de acidez total. Con el microscopio se encuentran en este líquido filamentos de moco cuajados por el ClH. Cuando la sonda extraiga gran cantidad de líquido que contenga residuos alimenticios, se diagnosticará la distensión y la estancación gástrica con espasmo ó estrechez del píloro.

Trátase también de hiperestenia permanente si lavando el estómago antes de la hora de acostarse y haciendo una nueva exploración al día siguiente por la mañana, se extrae un líquido ácido que digiera la fibrina.

En cuanto al examen del contenido gástrico después de la comida de prueba, proporciona los resultados siguientes, que resumen los análisis de cuatrocientos enfermos:

1.° La acidez del contenido gástrico está *siempre* aumentada. La mayor parte de esta acidez se debe al ClH libre.

2.° El ClH combinado está *casi siempre* aumentado.

3.° Las fermentaciones secundarias son *muy frecuentes* (74 por 100). Consisten sobre todo en fermentaciones lácticas (40 por 100), más rara vez en fermentaciones acéticas (22,5 por 100) y en fermentaciones butíricas (15,5 por 100). El ácido acético se encuentra sobre todo en los bebedores.

4.° La secreción mucosa del estómago, á juzgar por la reacción de la mucina, rara vez está aumentada (6 por 100).

5.° La digestión de las materias albuminoideas es imperfecta las más de las veces. En las dos terceras partes de los casos, queda albúmina coagulable por el calor, es decir, albúmina que no ha sufrido acción alguna del jugo gástrico. En más de la tercera parte de los casos, la albúmina se mantiene en estado de sintonina. La evolución peptónica disminuye en más de las dos terceras partes de los casos.

6.° La digestión de los feculentos, aunque mala ó imperfecta en más de la mitad de los enfermos, se resiente, sin embargo, con menos frecuencia de la que podría esperarse según lo que se sabe de la acción nociva del ácido ClH sobre esta digestión.

Este hecho de que los albuminoides alimenticios se detengan, en parte, en el período de la sintonina y cambien difícilmente en peptona, me demuestra la insuficiencia de la pepsina en los hiperesténicos. En efecto, resulta de mis investigaciones que, en la hiperestenia gástrica, existe ó una suspensión ó un retraso de la secreción de la pepsina ó una verdadera pepsinuria. De modo que la mengua de la formación de peptona depende no sólo del exceso de ácido clorhídrico, sino además de la pérdida urinaria ó de la falta de formación de la pepsina.

En cuanto á las variaciones en la evolución estomacal de los feculen-

tos, demuestran cuando menos la utilidad de la exploración química del estómago para decidir si deben ó no introducirse dichos alimentos en el régimen impuesto á los enfermos.

3.° *Síntomas secundarios.*—A los signos fundamentales descritos, conviene añadir cierto número de síntomas bastante frecuentes para ser separados del grupo de las complicaciones reaccionales. Estos síntomas son: la sequedad de la piel, que toma un tinte morenuzco, la debilidad y el retardo del pulso, las palpitaciones ó intermitencias cardíacas, los vértigos, una sensación subjetiva de disnea, una emotividad especial y una sensibilidad particular al frío.

La nutrición está profundamente perturbada; el enflaquecimiento hace rápidos progresos: los tejidos están flácidos, las conjuntivas descoloridas, las fuerzas musculares y la aptitud para el trabajo, muy decaídas; por último, es bastante frecuente encontrar soplos anémicos en la base del corazón y en las vasos del cuello.

Las *complicaciones* que con más frecuencia se observan son: la intolerancia gástrica, la hemorragia y la úlcera del estómago, y la contractura permanente del píloro.

B. — FISIOLOGÍA PATOLÓGICA

La *fisiología patológica* de la hiperestenia gástrica puede resumirse del modo siguiente:

Bajo la influencia de provocaciones funcionales de origen local, central ó reflejo, todo el aparato gástrico entero sufre una excitación exagerada, al principio pasajera, luego intermitente, por fin permanente. El eretismo gástrico, momentáneamente disimulado por los alimentos que saturan el ClH existente, aumenta todavía por la excitación alimenticia. Impresionado por la acidez exagerada del contenido estomacal, el píloro se contrae al principio transitoriamente, luego de una manera más ó menos permanente. Esta protesta de la función del píloro ocasiona fatalmente una distensión del estómago, que hasta ahora se ha confundido erróneamente con la dilatación. Pero esta última palabra supone una atonía ó una atrofia de la musculosa gástrica, al paso que el examen anatómico ha revelado casi siempre una hipertrofia, porque el estómago no escapa á la ley de los órganos huecos, que se hipertrofian cuando tienen que vencer un obstáculo. La distensión extremadamente frecuente, dependiente del obstáculo que hay que vencer, se acompaña de lucha y de hipertrofia; varía según la resistencia del obstáculo; en cambio la dilatación es un hecho de pasividad, de inercia y de atrofia. Era necesario establecer

esta distinción, porque la teoría que considera la dilatación como regla general en la mayor parte de las enfermedades del estómago, ha servido de base á toda una terapéutica, que no está desprovista de inconvenientes.

Al entreabrirse el píloro, deja escapar un quimo muy ácido que, en contacto con la ampolla de Vater, excita reflejamente las secreciones alcalinas del hígado y del páncreas, y de ahí un trabajo suplementario de estos órganos, que ocasiona cuando menos la hipertrofia tangible de la glándula hepática. Pero, según he podido observar frecuentemente examinando las deposiciones, las secreciones de la bilis y de los jugos pancreático é intestinal, por mucho que se exageren, rara vez saturan la acidez del quimo.

Cuando la saturación es casi completa, la digestión intestinal suple á la mala preparación estomacal de los alimentos y así la nutrición se mantiene todavía satisfactoria, hasta que el hígado, el páncreas y el intestino, extenuados por este trabajo suplementario, acaban por fatigarse funcionalmente. Entonces la decadencia hace rápidos progresos, puesto que la digestión intestinal no compensa la insuficiencia de la digestión gástrica.

Así se explican los síntomas gástricos, la distensión del estómago, la hipertrofia variable del hígado, la insuficiencia intestinal y los trastornos de la nutrición de la hiperestenia permanente. En cuanto á los trastornos nerviosos, cardíacos, pulmonares, en una palabra, todos los trastornos reaccionales atribuídos por la doctrina reinante á la acción de las toxinas, imaginarias muchas de ellas, son en su mayoría de orden reflejo ó nutritivo. Las toxinas estomacales, cuya existencia no niego, pero cuya rareza afirmo, sólo intervienen accesoria y excepcionalmente.

Después, en un último acto, vienen las fases de las lesiones anatómicas, sobre las cuales ya he insistido lo suficiente.

El estudio de la nutrición (análisis de las orinas, de las heces fecales, quimismo respiratorio (1), demuestra que el organismo de los hiperesténicos conserva todas sus aptitudes de cambio, tanto respecto de las materias albuminoideas como de las ternarias. Las variaciones de los cambios en más ó en menos, cualesquiera que sean, provienen de la mayor ó menor cantidad de substancias nitrogenadas ó ternarias de origen alimenticio que hayan sufrido en las vías digestivas evolución suficiente para ser asimiladas.

(1) Doy aquí solamente la conclusión sucinta de las investigaciones que he practicado acerca de la nutrición de los hiperesténicos. Estas investigaciones serán publicadas en extenso, con las conclusiones terapéuticas que de ello derivan, en una obra que está en preparación y que llevará el título de *Traitement des maladies de l'estomac.*

IX

Tratamiento de las hiperestenias gástricas permanentes

A. — TRATAMIENTOS QUE DEBEN EVITARSE

Durante el tiempo que la dilatación del estómago ha monopolizado la patología gástrica, era racional que su tratamiento estuviera de moda. Régimen seco ó relativamente seco, reducción considerable de las bebidas durante las comidas, antisépticos, tales como el *naftol*, el *benzonaftol*, el *salol*, el *salicilato de bismuto*, etc., administrados á altas dosis; medicación ácida por el *ácido clorhídrico;* medicación alcalina por el *bicarbonato sódico* á dosis alta; *estricnicos, electricidad* y *masaje* para despertar la contractilidad del órgano dilatado; *lavado del estómago* para remediar la retención; *amargos* para estimular el apetito; *peptonas* para paliar la insuficiencia de la asimilación; *narcóticos* para calmar los dolores; *carbón* para absorber los gases; astringentes para ayudar á la retracción del órgano, etc., tales son, rápidamente enumeradas, las medicaciones que han gozado del favor público mientras se creyó que realizaban una terapéutica patogénica; pero que han caído en el descrédito cuando se ha advertido que esta terapéutica no tenía de patogénica más que la apariencia y que constituía, aun menos completamente que sus antepasadas, una forma de tratamiento puramente sintomático.

Es fácil hacer la prueba. Basta estudiar los efectos de esta terapéutica en la hiperestenia permanente, con tanta frecuencia diagnosticada de «dilatación del estómago» y tratada como tal.

El *régimen seco* y la reducción extremada de las bebidas durante la comida, gozan todavía del favor de los médicos que los han aceptado bajo la autoridad de Chomel, de Schwenninger, de Bouchard, etc. Pero seguramente se ha exagerado el pensamiento de estos autores, haciendo del régimen seco el abuso que hoy día reina. Es nocivo, porque priva al enfermo de la posibilidad de diluir el ácido clorhídrico que sobra en el estómago, y porque aumenta las crisis dolorosas de los hiperesténicos y les predispone al vértigo.

El *ácido clorhídrico,* pretendido antiséptico, es igualmente irracional. En primer lugar, sus propiedades antisépticas son nulas, puesto que precisamente es en los hiperesténicos con hiperclorhidria, en los que se

encuentran más fermentaciones secundarias, y además, yo no concibo la extraña homeopatía que consiste en tratar la hiperclorhidria reforzando la tasa del ácido clorhídrico, ya excesivo en el contenido estomacal! Por otra parte, no hay más que interrogar á los hiperesténicos tratados de este modo, é inmediatamente se aquilatará el valor de la medicación.

El *método antiséptico* se desacredita sobre todo por sus resultados. Aparte de que es irritante, anoréxico; que alguno de sus agentes, como el *salol*, pueden formar cálculos en el intestino (1); que no remedia en ningún concepto el proceso mismo de la hiperestenia permanente, y sólo se dirige á una complicación de éste, es decir, á las fermentaciones secundarias, además de sus múltiples inconvenientes, tiene el de ser antipéptico cuando se emplea á la dosis en que es realmente antiséptico.

Los *tratamientos estimulantes* dirigidos contra la dilatación gástrica y destinados á reforzar la contractilidad de la túnica muscular (estricnicos y amargos, electricidad, masaje, etc.), son también irracionales como medicación fundamental. Porque ¿de qué puede servir excitar todavía un órgano que ya está exageradamente excitado, cuando es esta misma excitación la base de casi toda la sintomatología?

Los *alcalinos* y el *bicarbonato de sosa* constituyen una medicación absolutamente sintomática. Sin repetir los argumentos expuestos al tratar de la hiperestenia aguda (véase pág. 179), añadiremos que el alivio que proporcionan es tan sólo momentáneo, que dan ocasión á un nuevo acceso secretorio de ácido clorhídrico, y que, por su transformación en cloruro sódico, suministran al estómago la materia primera que ha de servirle precisamente para la fabricación de este ácido. Los alcalinos á dosis alta agotan la mucosa gástrica; conducen al enfermo, que sólo tenía un sencillo trastorno funcional, al catarro gástrico y á la gastritis crónica.

El *lavado del estómago*, después de algunos años de boga, está hoy en descrédito. Puede prestar servicios en los casos de estancación prolongada ó de crisis muy dolorosas. Pero, practicado con regularidad, fatiga á los enfermos sin resultado apreciable, puesto que, en realidad, no constituye más que una medicación sintomática.

En cuanto á las *peptonas*, su efecto más seguro consiste en provocar la inhibición de la función pepsínica.

Cuando un individuo ha estado sometido á las medicaciones sucesivas que acabamos de enumerar—y así les ocurre á muchos de ellos—cuando ha recorrido el ciclo de las curas hidrominerales fuertes, que no se les deja de prescribir después de haber agotado los agentes medicamentosos, está muy cerca de adquirir una lesión, es decir, que el trastorno funcio-

(1) Brossard (del Cairo).—*Bulletin général de thérapeutique*, 1.° de Mayo de 1897.

nal que aqueja está muy cerca de llegar á una lesión anatómica del estómago.

La terapéutica que voy á exponer difiere en absoluto de las precedentes: únicamente se funda en el conocimiento de los trastornos funcionales comprobados en el curso de la hiperestenia permanente y que constituyen sus *elementos morbosos*.

B. — LA INDICACIÓN TERAPÉUTICA DOMINANTE

Una gran indicación domina la terapéutica que propongo, y consiste en disminuir la excitación funcional, que es, en realidad, el acto patogénico esencial de la hiperestenia gástrica, puesto que ella es el centro de la sintomatología y el punto de partida de sus elementos morbosos, así como de sus accidentes secundarios. Esta indicación encierra en sí á todas las otras, que resultan inmediatamente accesorias, porque si, según indican otros autores, debe procurarse suprimir el flujo gástrico, combatir los efectos de su hipersecreción, tratar las complicaciones, etc., todo esto sólo puede efectuarse útilmente atendiendo siempre al hecho inicial, la hiperestenia causal.

Por otro lado, todo lo que nos enseña el estudio de los cambios nutritivos, á saber: la insuficiencia progresiva de la asimilación, la evolución imperfecta de los alimentos ternarios, la desmineralización orgánica, el aumento de los cambios que se realizan en el sistema nervioso, todo esto está tan íntimamente ligado con el trastorno de la función gástrica, que en ésta debe también concentrarse toda la atención del médico, cuando se ocupa en el tratamiento de las alteraciones de la nutrición. Por esto no insistiré más en el capítulo de las indicaciones, puesto que se condensan en una dominante que las resume todas.

C. — DEL TRATAMIENTO DE LA CRISIS GÁSTRICA

Los enfermos se quejan sobre todo de la crisis gástrica, y por lo tanto lo primero que hemos de hacer es fijar el tratamiento de la crisis. En caso de incendio, se apaga el fuego antes de buscar sus causas.

Esta crisis, provocada por la hiperclorhidria, va acompañada de la contractura del píloro, la distensión gástrica, la estasia ó retención y las fermentaciones que se acompañan, los reflejos á distancia sobre el corazón, la respiración, el sistema nervioso.

Al tratar de la hiperestenia aguda, he expuesto ya los principales elementos del tratamiento de la crisis (véase pág. 179), demostrando los

inconvenientes del bicarbonato de sosa á dosis altas, y he dado la fórmula de los *papeles de saturación por la magnesia*, que son muy preferibles á los alcalinos. De modo que se empezará por administrar uno de estos papeles en el momento en que el enfermo siente los fenómenos precursores de la crisis, tales como eructos, acedia, pirosis, calambres gástricos, bostezos, regurgitaciones ácidas, etc.

Al cabo de un cuarto de hora, si los fenómenos no se han atenuado, se dará un segundo papel. Insisto en la urgencia de tomar un papel en cuanto empieza la crisis; así es posible evitarla, y en cambio es muy difícil detenerla cuando alcanza su apogeo. Por esto debe aconsejarse á los enfermos que tengan siempre á mano un papel de saturación y lo tomen inmediatamente que aparezcan los primeros síntomas morbosos. Estos aparecen entre las tres y las cinco de la tarde y hacia las dos de la madrugada, despertando al enfermo casi á hora fija.

A falta de los papeles de saturación, ó cuando éstos resultan insuficientes, puede aconsejarse una taza de leche desnatada ó un huevo crudo, cuyas materias albuminoideas fijan el ClH libre y le impiden que reaccione tan enérgicamente sobre la mucosa.

Una vez establecido el tratamiento de la crisis, habrá que ocuparse en combatir la hiperestenia, es decir, la excitación funcional que la causa. Para esto disponemos de la higiene, del régimen y de diversas medicaciones.

D. — HIGIENE DE LOS HIPERESTÉNICOS PERMANENTES

Si se ha comprendido bien nuestro concepto de la hiperestenia, se buscará la manera de proscribir con el mayor cuidado de la vida del enfermo, de su régimen y también de su tratamiento medicamentoso, todo lo que es susceptible de provocar excitación general ó local. Desgraciadamente esta regla dista mucho de ser comprendida y esto conduce á los errores terapéuticos que quedan resumidos.

Debe reglamentarse con el mayor cuidado la vida del hiperesténico. Es necesario que mida con prudencia todo gasto de energía moral ó física, porque cada esfuerzo reaccionará sobre su estómago. Un paseo prolongado, una velada más larga de lo acostumbrado, un trabajo muscular ó intelectual demasiado activo ó prolongado, una intensa alegría ó una profunda tristeza, un concierto sobradamente emocionante, un coito intempestivo, en una palabra, toda transgresión, por mínima que sea, de la marcha ordinaria de la vida, se convierte en causa de excitación gástrica, que sostiene la enfermedad ó engendra una crisis.

Cuando el enfermo haya comprendido bien todo esto, es necesario que procure hacer desaparecer estas causas de excitación. Es el precio de su tranquilidad. Así, pues, es precisa una vida reglamentada como en un claustro: levantarse temprano, para evitar el estado congestivo que causa la permanencia prolongada en la cama; lavarse con agua caliente, á fin de evitar una reacción excesiva; comer á horas regulares; trabajar poco, pero sin pereza, porque ésta predispone á la neurastenia; hacer ejercicio moderado y sin gastos imprevistos de fuerzas físicas; acostarse temprano, pues es necesario un término medio de ocho horas de sueño al día; en pasando de los 40 años, usar con gran reserva de la vida genital. Después de las comidas es necesario un reposo de una ó dos horas, como hacen los animales, como el perro, que en cuanto acaba de comer se acuesta y no se mueve hasta que su digestión está terminada. Será conveniente imitarlo y suprimir todo movimiento y trabajo hasta que el estómago haya terminado la primera parte del acto digestivo; luego el enfermo podrá moverse ó salir sin inconveniente.

Una pregunta de higiene que se escucha frecuentemente es la de saber si los dispépticos pueden hacer uso del *tabaco*. La respuesta depende del efecto producido, porque si en algunos enfermos el tabaco provoca una verdadera inhibición del acto digestivo, ocurre también que en otros el humo produce una excitación de las secreciones. Ya se comprende que la autorización del tabaco no puede aconsejarse de una manera definitiva y uniforme, aunque esté demostrado que el tabaco es nocivo en la mayoría de los casos.

Aparte de estas reglas generales relativas al ejercicio y al reposo, hay que tener en cuenta los casos especiales, que pueden distinguirse en dos grupos:

En el primer grupo, figuran los hiperesténicos en estado de semiinanición, débiles, enflaquecidos, próximos á la caquexia. A éstos hay que recomendarles el reposo absoluto, si es preciso hasta el reposo en la cama, cuando menos durante la primera fase del tratamiento. Como estos enfermos viven casi á sus propias expensas, importa reducir sus gastos.

El segundo grupo lo forman los individuos todavía vigorosos, que tienen ó han tenido manifestaciones artríticas. A éstos se les aconsejará la vida al aire libre, la actividad, el ejercicio regular por entrenamiento progresivo, limitado siempre por la fatiga y precedido del período de reposo después de las comidas.

¿El sueño después de las comidas, deberá ser permitido ó prohibido? Tampoco para esto hay reglas fijas: hay que dejar dormir á los que así se

encuentran bien y despiertan con una sensación de bienestar; y, por el contrario, debe prohibirse el sueño á los que despiertan atontados, con pesadez de cabeza é ineptitud física é intelectual. En todo caso, la siesta deberá ser muy breve, no pasando de media hora.

En cuanto á la naturaleza del ejercicio, no conozco otro mejor que el paseo á pie, la caza ó la bicicleta á marcha lenta y en terreno llano, con un mínimum de esfuerzo. No trae inconveniente el provocar una ligera transpiración.

Durante el período de reposo que debe seguir á la comida, se aplicarán sobre el hueco epigástrico compresas calientes ó un saco de caucho lleno de agua á 38°. También empleo el ingenioso aparato de circulación de agua caliente, ideado por Verriest (de Lovaina), el cual me ha prestado muy buenos servicios en enfermos que presentaban una intolerancia absoluta para toda acción medicamentosa. Se mantiene este aparato sobre el hueco epigástrico durante una hora próximamente.

Los cuidados cotidianos de la piel constituyen una parte esencial de la higiene de los hiperesténicos. Por la mañana y por la noche, grandes lavados en el barreño con agua templada, seguidos de una fricción con *agua de Colonia* ó *alcohol alcanforado*. Dos veces por semana, baño general templado á 30 ó 35°, de veinte minutos de duración, adicionado de 250 gramos de *gelatina de París* y de 300 gramos de *cristales de sosa*.

E.—RÉGIMEN DE LOS HIPERESTÉNICOS PERMANENTES

Las prescripciones higiénicas que preceden tienen por objeto reducir al mínimum las excitaciones de diversos órdenes que pueden reflejarse en él estómago. El régimen en que ahora voy á ocuparme, está destinado á moderar las excitaciones directas de la mucosa gástrica.

1.° Consideraciones generales

Esta cuestión del régimen es de la mayor importancia, porque de un régimen bueno ó malo dependen frecuentemente la curación ó la agravación de la enfermedad. Se ha discutido mucho acerca de este delicado punto. Unos quieren un régimen sólo de carnes, en tanto que otros exigen el régimen vegetal no menos absoluto.

Dujardin-Beaumetz, al cual debe mucho el tratamiento de los dispépticos, ha preconizado el régimen vegetal, que ha defendido con gran talento, y debo confesar que después de haberlo combatido, he debido

acabar por rendirme á su opinión, cuando menos en ciertos casos. Es que en esta cuestión del régimen, todo depende de las reacciones estomacales y es imposible permitir ni prohibir ciertos alimentos sin conocer exactamente cómo se realizan estas reacciones digestivas. Pues bien, el análisis químico del contenido estomacal demuestra que, en casos que no es posible prever por el solo análisis de los signos clínicos, los feculentos y diversos alimentos vegetales son mejor digeridos que las carnes; es evidente que esta noción debe guiar en la elección de los alimentos aconsejados. Al contrario, si el análisis del contenido estomacal después de la comida de prueba demuestra que los feculentos se digieren mal, será preciso prohibirlos. Pero bien se echa de ver que fuera erróneo dar para todos los casos un régimen único.

Voy, pues, á intentar solamente establecer las grandes líneas del régimen alimenticio, recomendando que se practique siempre el análisis del jugo gástrico ó cuando menos que se observe atentamente la manera como el enfermo soporta la alimentación aconsejada, para poder eliminar de ella oportunamente los alimentos que no sean bien tolerados. No olvidemos nunca que el hiperesténico ofrece una sorprendente variedad de manifestaciones, en cuanto se refiere á su capacidad digestiva para tales ó cuales alimentos.

2.° Primera etapa del régimen

Siempre que sea posible, se empezará por someter al enfermo al *régimen lácteo absoluto*. La leche tiene tres ventajas: nutre, satura el ácido clorhídrico libre y deja en reposo al estómago.

Desde las siete de la mañana hasta las diez de la noche, se dará cada tres horas medio litro de leche, en total 3 litros, recomendando que se tome la leche con un chupador, á sorbitos, invirtiendo cuando menos veinte minutos para ingerir esta cantidad. En cuanto se establezca la tolerancia, se aumentará la cantidad de cada toma hasta 600, 700 y 800 gramos, es decir 3 litros y medio, 4 litros y hasta 5 litros al día. Es mejor tomar la leche caliente que fría, cruda que hervida, completa que desnatada; pero lo que se necesita sobre todo es guiarse por las posibilidades del enfermo. Lo importante es tomar leche; la manera como se toma, es accesoria.

Si no se tolera la leche pura, se la desnatará y se le añadirá *agua de Vichy* ó *agua de cal* en la proporción de un décimo ó un quinto.

Se continuará el régimen lácteo mientras el enfermo lo tolere, y en todo caso mientras el enfermo aumente de peso. Es indispensable una

suspensión semanal para juzgar de sus efectos y fijar el momento en que deba ser interrumpido. Al principio del régimen lácteo, es frecuente que los enfermos enflaquezcan, pero este enflaquecimiento dura poco y la pérdida se repara pronto. Si no se reparara después de diez días, sería preciso pasar á la segunda etapa del régimen.

Cuando el peso se estaciona ó tiende á disminuir, debe cesar el régimen lácteo absoluto. Esta es una regla absoluta.

Si no se tolera la leche, bien porque sea vomitada ó porque no sea posible tomar cuando menos 3 litros al día, convendría también suprimirla, después de haber ensayado el asegurar su tolerancia, dando, cinco minutos antes de la toma de leche, dos gotas de *láudano,* ó de dos á cinco gotas de la mixtura compuesta con *picrotoxina* de que luego hablaremos.

Debove aconseja que se añada á la leche *polvo de carne,* comenzando por 30 gramos y llegando poco á poco hasta 200 gramos. Por lo general, me ha dado mejor resultado el régimen lácteo absoluto, cuando menos durante esta primera etapa.

3.° Segunda etapa del régimen

En la segunda etapa del régimen se continuará la leche, añadiéndole progresivamente huevos pasados por agua muy poco cocidos, huevos revueltos, sopas espesas de leche ó tapioca, sémola, pastas alimenticias, yemas de huevo, luego arroz, harinas de vegetales nitrogenados, tales como lentejas, habichuelas rojas y blancas, garbanzos, habas; por último, los macarrones, los fideos, purés de alcachofas, de patatas, de zanahorias, de nabos, las espinacas. Todos estos alimentos deben prepararse con leche.—Puede permitirse el pan tostado y en pequeña cantidad.—Como postres, conserva de manzanas.

Esta segunda etapa del régimen durará de diez á veinte días, organizando las comidas del modo siguiente:

Al despertar, medio litro de leche.

A las 11, almuerzo compuesto de alguno de los alimentos que quedan indicados, y leche como bebida.

A las 4, medio litro de leche.

A las 7 y media, comida compuesta de los referidos alimentos y leche como bebida.

Durante los últimos días, se irá añadiendo á cada una de las comidas bien un poco de pescado hervido (sollo, merluza, mero, rodaballo), bien pequeñas cantidades de carne cruda picada ó de carne bien cocida, finamente dividida y libre de partes tendinosas.

4.° Tercera etapa del régimen

Franqueada esta segunda etapa, se establecerá el régimen normal que deberá seguir el enfermo hasta su curación.

A. *Pescados.*—El primer alimento permitido es el pescado ligeramente hervido. Los mejores pescados son la merluza, el sollo, el mero, el rodaballo, la perca y el lucio.—Los pescados grasos, como el salmón, la caballa, la anguila, el arenque, la sardina y la carpa, deben ser prohibidos. — Pueden permitirse las ostras, pero no los demás mariscos y crustáceos.

B. *Carnes.*—Están permitidas las de buey, ternera, carnero, oveja, las aves, á excepción del pato, la perdiz, el faisán fresco; la tripa de ternera, los sesos, los huevos pasados por agua ó al plato, las magras de jamón cocido y caliente. Pero se prohibirán todas las salsas, hasta el jugo de la carne, siempre cargado de grasa, y todos los condimentos, á excepción de una pulgarada de sal. Las carnes deben ser cocidas ó hervidas.—Comer lentamente y mascando bien. A falta de buenos dientes, se usará el masticador ó se picará la carne.

C. *Legumbres.* — Todas las legumbres deben ser reducidas á puré, cocidas con agua y leche y espesadas con yemas de huevos.—Se recomendarán los garbanzos, las lentejas, las habichuelas rojas y blancas, las habas, las patatas, las espinacas, las alcachofas, el arroz, las zanahorias, la achicoria.—Cuando los enfermos están flacos, en la misma mesa se añadirá á estas legumbres un poco de manteca muy fresca, porque si los hiperesténicos no soportan la manteca cocida, suelen tolerar muy bien la manteca cruda y fresca.

D. *Pan.*— Deberá reducirse al mínimum el pan, y tomarlo tostado.

E. *Postres.*—Como postres, frutas muy maduras, cocidas ó en conserva. Accesoriamente uvas, melocotón, peras, que se tomarán sin hacerlas hervir.

El azúcar, el azúcar cande, el azúcar de cebada, serán las únicas golosinas, junto con la confitura de ciruelas.

F. *Alimentos prohibidos.* — Además de los ya indicados, deben proscribirse los alimentos siguientes: carnes de cerdo, caza, carnes mechadas y adobadas, salazones, entremeses, mantequilla cocida, todas las grasas; chocolate, cacao, condimentos (pimienta, mostaza, pepinillos), vinagre, ensaladas, trufas, setas, golosinas.—Son alimentos prohibidos todos aquellos capaces de excitar la función gástrica ó de favorecer las fermentaciones ácidas.

G. *Bebidas.*—El régimen seco ha decaído hoy mucho de su pasajero prestigio. El enfermo beberá según su sed con tal de que no pase de cierto límite y no caiga en la exageración contraria.—Las bebidas permitidas son: la leche desnatada y no hervida, el agua pura y las aguas minerales indiferentes, con predominio cálcico, no gaseosas (Évian, Alet, Condillac) (1). La leche será mejor tomada caliente, siempre que sea posible. Suele ser muy ventajoso el hacer tomar durante las comidas caldo fresco y caliente, ó infusiones calientes y ligeras de té, manzanilla, tila, hojas de naranjo, edulcoradas con un poco de azúcar cande pulverizado. Muchos enfermos que no pueden tolerar ningún medicamento, mejorarán con el uso de estas bebidas calientes, que resulta un verdadero medio de tratamiento, como ha demostrado perfectamente Germán Sée.

En ciertas variedades de hiperestenia, y principalmente en la variedad que hemos llamado retardada, se dará durante las comidas una solución de *bicarbonato sódico,* preparada del modo siguiente: se disuelven en caliente 5 gramos de dicha sal en 1 litro de agua; se deja en reposo durante dos ó tres horas y se decanta el líquido claro para separarlo del poso cálcico que queda en el fondo de la botella.

Para los enfermos muy debilitados ó para los hastiados ya de la leche y que no pueden soportar el agua pura, se aconsejará la cerveza. La mejor y la más fácil de digerir es siempre la antigua cerveza, preparada por el procedimiento llamado de alta fermentación, que se graduará con un tercio ó un cuarto de buena *cerveza de malta.* Y si los enfermos la soportan, no hay inconveniente en dar la cerveza de malta como única bebida.

Fuera de las horas de las comidas, debe proscribirse en absoluto la ingestión de cualquier bebida.

Se prohibirá el vino, sobre todo el vino rojo y los vinos recientes, que son ácidos; todos los líquidos alcohólicos, los llamados vinos y elíxires digestivos, el vino de Champagne seco ó medio seco, el agua de Seltz, las bebidas gaseosas.

Deben igualmente prohibirse el café fuerte y el té concentrado.

H. *Las sopas.*—No hay mucho acuerdo entre los médicos acerca de la cuestión de las sopas. Unos consideran el clásico caldo como una disolución de venenos y lo prohiben con la mayor energía, bien es verdad que son los mismos que en los actos reflejos de la hiperestenia ven otros tantos síntomas debidos á la auto-intoxicación. Otros, y yo con ellos, estiman que el caldo es un alimento á la vez tónico y digestivo, que conviene

(1) Como el agua de Condillac es ligeramente gaseosa, se deberá destapar la botella una hora antes de emplearla.

maravillosamente á nuestros enfermos. Pero es preciso que el caldo sea fresco, y proscribir en absoluto el caldo del día anterior. Además, el caldo ha de hacerse lentamente, en seis horas cuando menos, con muchas legumbres, sin ningún hueso, poca sal, y debe desgrasarse cuidadosamente antes de usarlo.

El caldo tiene dos grandes ventajas: es peptógeno, y por las sales minerales que contiene se opone á la desmineralización orgánica, tan frecuente en los hiperesténicos.

También se permitirá la sopa con leche, sin pan, con tapioca ó pastas alimenticias.

5.° Sumarios de la organización de las comidas

Para *desayuno,* uno ó dos huevos pasados por agua, poco cocidos, dos ó tres rebanadas de pan tostado con una pequeñísima cantidad de mantequilla fresca, un poco de confitura poco azucarada ó de conserva de frutas, de manzanas, por ejemplo. Si el enfermo tiene mucho apetito, tomará además en el desayuno un poco de carne fría ó de pescado fresco. —Deben prohibirse todos los líquidos.

Para *almuerzo,* huevos pasados por agua ó revueltos, pescado poco hervido, sin salsa, con un poco de sal y algunas gotas de jugo de limón, carne asada, sin salsa, puré de legumbres cocidas en agua, y á las que en la misma mesa se añade un poco de manteca fresca; frutos cocidos; 100 gramos, poco más ó menos, de pan tostado.—Como bebida, leche desnatada, cerveza, cerveza de malta, agua pura ó agua mineral de Alet, Évian, Condillac.

Para *comida,* una taza de caldo reciente sin pan ni pastas, ó tapioca, sémola, fideos con leche; pescado, ave asada; puré de legumbres, macarrones ó nudel, frutos cocidos.—La bebida igual que en el desayuno.

No debería tomarse alimento ninguno, líquido ni sólido, entre estas tres comidas, que tendrán lugar á las 8 de la mañana, al mediodía y á las 7 y media de la tarde.

6.° Casos particulares

En algunos enfermos se tropieza con dificultades para pasar de la segunda á la tercera etapa del régimen, es decir al régimen definitivo. Parece que en estos casos el estómago se resiste á digerir los alimentos animales y que éstos ejercen sobre sus funciones una acción excitante.

Para reconocer estos casos excepcionales, me sirven los cinco caracteres siguientes:

1.° La introducción de la carne en la alimentación, por prudente y moderada que sea, provoca en seguida crisis gástricas.

2.° El análilis químico de las materias fecales denota la pérdida de una cantidad considerable de nitrógeno, que pasa sin utilizarse. Esta cantidad, que en los hiperesténicos permanentes acostumbra á ser de 10 á 12 por 100 del ázoe ingerido, llega á ser de 15, 20 y 25 por 100.

3.° La cantidad urinaria de nitrógeno incompletamente oxidado, crece sensiblemente, lo cual rebaja de un modo notable el coeficiente de oxidación nitrogenada.

4.° El quimismo respiratorio indica que los feculentos se queman bien, lo cual demuestra que su digestión y su asimilación son normales.

5.° El quimismo gástrico demuestra que es muy mala la digestión de los albuminoides y que se hace bien la digestión de los feculentos.

En la práctica, bastará la existencia del primero y del quinto de estos caracteres, para determinar estos casos excepcionales. Los enfermos que los presenten, después de la primera y la segunda etapa del régimen, se someterán al régimen vegetal y al uso de huevos. Se permitirán todas las legumbres que pueden reducirse á puré, el arroz, las ensaladas cocidas, las alcachofas, las espinacas, los espárragos, las zanahorias, los nabos, las patatas, las alubias rojas y blancas, las lentejas, los garbanzos, las pastas alimenticias, los nudel, macarrones y frutas cocidas. La leche y lacticinios, la crema, la mantequilla, forman también parte de este régimen, pero no los quesos fermentados. El pan debe tomarse siempre tostado y en pequeña cantidad.

La higiene y el régimen que preceden responden á la indicación dominante de disminuir en lo posible las excitaciones exteriores y las alimenticias que sostienen el estado hiperesténico del estómago.

F. — TRATAMIENTO MEDICAMENTOSO

1.° Tratamiento medicamentoso fisiológico ó sedante

No hay para el *tratamiento medicamentoso* la misma fijeza de reglas que para la higiene y la dietética que es necesario aplicar á los hiperesténicos. Cuando se entra en el camino de las medicaciones, las reacciones individuales de los enfermos son tan diferentes, la posología tan variable

y por lo mismo tan numerosos los fracasos, que muchos médicos que se han especializado en el tratamiento de las enfermedades del estómago llegan á no formular más que reglas de alimentación y de higiene, absteniéndose de toda intervención medicamentosa.

En páginas anteriores hemos hecho la crítica de cierto número de medicaciones, en particular de los amargos y de los estrícnicos. Estos agentes excitan la función gástrica; son convenientes para los dispépticos con insuficiencia funcional y se comprende, según la patogenia que defendemos, que en tratándose de hiperestenia es necesario apelar esencialmente á los sedantes.

En efecto, lo que se trata de combatir es la hipersecreción glandular, el espasmo pilórico, la pérdida ó la inactividad de la pepsina.

La hipersecreción significa una excitación nerviosa directa ó refleja, que excede de las necesidades fisiológicas, y una sobreactividad circulatoria. ¿Cómo pueden moderarse estos dos elementos morbosos? Por dos procedimientos: uno consiste en intervenir sobre la inervación y la circulación gástricas influyendo sobre los centros nerviosos, lo cual corresponde al empleo de dosis medicamentosas altas ó masivas, que provocarán una depresión general, en la que el estómago tomará su parte; el otro tiene por objeto impresionar directamente el estómago, influyendo sobre los centros periféricos por una acción medicamentosa esencialmente local, lo que implica el empleo de dosis muy débiles que agotan localmente su actividad, con un mínimum de reacción sobre los centros nerviosos y circulatorios y sobre el organismo en general.

Este método terapéutico nuevo no dejará de suscitar numerosas objeciones. No es éste sitio á propósito para comentarlo, puesto que sólo hemos de preocuparnos de los resultados y yo puedo asegurar que estos son satisfactorios muchas veces y nunca nocivos. Séame permitido, sin embargo, alegar tres argumentos en apoyo de mi terapéutica. En primer lugar, recordaré la contracción de las venas varicosas cuando en su proximidad se inyectan dos ó tres gotas de una solución de ergotina; luego, la hipersecreción de ácido clorhídrico gástrico después de la ingestión de una dosis insignificante de bicarbonato sódico, de 30 centigramos; por último, la disminución ó el retardo de la secreción clorhídrica y en ciertos casos la suspensión de los vómitos hiperácidos, después de la ingestión de una ó dos gotas de láudano ó de una solución de clorhidrato de morfina al 1 por 50.

Para modificar el aflujo circulatorio, que es una de las condiciones de la hipersecreción, la *ergotina* es el agente más recomendable. Se utilizará la *ergotina Bonjean* ó la *ergotina Ivon,* pero á dosis muy pequeñas,

porque he podido asegurarme de que con dosis siquiera medianas la secreción clorhídrica tiende más bien á aumentar.

Los moderadores reflejos que he estudiado son: la *morfina*, la *cocaína*, el *menispermum cocculus* ó *coca de Levante* y su alcaloide la *picrotoxina*, el *veratrum viride* y la *veratrina*, la *belladona* y la *atropina*, el *cannabis indica* y por último la *solanina*.

Estos medicamentos circulatorios y moderadores nerviosos se asociarán como en las fórmulas siguientes:

Ergotina Bonjean		2 gramos
Agua destilada		4 —

Disuélvase, filtrese y mézclese lentamente con:

Tintura de menispermum cocculus	aa.	5 gramos
— de veratrum viride		
— tebaica		
— de belladona		
— de badiana		

Filtrese. Para tomar IV ó VI gotas en un poco de agua antes de cada comida.

Esta fórmula conviene en la mayoría de los casos ordinarios, sin predominio especial. Se puede asociar una de las píldoras siguientes, tomada en medio de la comida:

Extracto graso de Cannabis indica		0 gr. 01
Polvo de hojas de coca	aa.	0 gr. 05
Carbonato de potasa		
Clorhidrato de morfina		0 gr. 001
Extracto de dulcamara		c. s.

Para una píldora.

En las formas particularmente dolorosas, cuando el estómago está sensible á la presión ó espontáneamente, sin que, sin embargo, haya intolerancias gástricas:

Solanina		0 gr. 10
Acido sulfúrico diluído para disolver		c. s.
Clorhidrato de cocaína	aa.	0 gr. 10
— de morfina		
Picrotoxina	aa.	0 gr. 02
Sulfato neutro de atropina		
Ergotina Yvón		1 gramo
Agua clorofórmica		9 gramos

M. s. a. y filtrese. Para tomar de V á VI gotas antes de cada una de las dos principales comidas.

Durante la primera etapa del régimen, cuando el enfermo está sometido á la dieta láctea absoluta, se administrarán de I á III gotas de esta mixtura cinco minutos antes de cada toma de leche, es decir, de VI á XVIII gotas al día.

Por último, cuando el estómago es intolerante y cada toma de leche ó de cualquier alimento provoca un vómito, se suprimirá la solanina y se aumentará la picrotoxina, como en la fórmula siguiente:

Picrotoxina.	0 gr. 05 ó 0 gr. 10
Alcohol para disolver.	c. s.
Clorhidrato de morfina.	0 gr. 05 ó 0 gr. 10
Sulfato neutro de atropina.	0 gr. 01
Ergotina de Bonjean.	1 gramo
Agua destilada de laurel-cerezo. . . .	10 gramos

M. s. a. y filtrese. Dense V gotas de esta mixtura cinco minutos antes de cada comida ó toma de leche, sin pasar de XX gotas al día como máximum.

Por último, según las susceptibilidades individuales, es lícito dejar de lado las fórmulas complicadas que preceden, y utilizar solamente alguno de los medicamentos que entran en su composición.

Merced á la medicación descrita, se disminuye la irritabilidad del estómago, que siempre crece en el momento de la ingestión de los alimentos. Ahora se trata de favorecer la digestión gástrica de la comida ingerida, administrando pepsina. Pronto veremos, en un párrafo especial, cuáles son las reglas que deben dirigir el empleo de la *pepsina*, tan injustamente desacreditada hoy día. Digamos solamente que muchos hiperesténicos presentan pepsinuria digestiva, es decir, que pierden una parte de su pepsina en el momento en que ésta está llamada á ejercer su papel digestivo, y que en algunos otros parece haber insuficiencias ó retardo en la formación de la pepsina. Sabemos, además, por la observación y por la experimentación, que la sobrada riqueza del jugo gástrico en ClH inhibe hasta cierto punto la actividad del fermento. Ya hay en todo esto más razones de las necesarias para justificar el uso de la pepsina.

Por lo tanto, se prescribirá un poco antes de la comida uno de los sellos siguientes:

Pepsina valorada al 50.	0 gr. 50
Maltina.	0 gr. 10

Mézclese exactamente en un sello.

Nótese que indico la pepsina valorada al 50, lo cual significa que debe ser capaz de digerir cincuenta veces su peso de fibrina.

Puesto que la digestión intestinal compensa á menudo la insuficiencia de la digestión gástrica, es útil prestarle ayuda, y para esto se recurrirá á la *pancreatina*, formulada en píldoras queratinizadas, y por lo mismo, insolubles en el estómago, porque la pancreatina queda aniquilada si permanece en un medio ácido. Se formulará:

Mentol.	0 gr. 10

Para una píldora queratinizada. Una ó dos píldoras al final de cada comida.

Dos ó tres horas próximamente después de la comida, cuando aparecen los primeros síntomas de la crisis gástrica, ó también en el momento que el enfermo se despierta por la noche, se saturará el ClH en exceso y los ácidos de fermentación, por medio de uno de los papeles con magnesia compuestos, cuya fórmula queda explicada anteriormente; cuando se trata de crisis mínimas, caracterizadas por un calambre del estómago, una sensación de escalofrío, podrá desdoblarse dicha fórmula y prescribir:

Magnesia hidratada.	7 gr. 50
Subnitrato de bismuto.	2 gr. 50
Creta preparada.	3 gramos
Clorhidrato de morfina.	0 gr. 01
Bicarbonato sódico.	5 gramos

Mézclese exactamente y divídase en diez obleas. Para tomar una oblea ó sello desde el momento de la primera sensación estomacal ó al primer indicio de pirosis; tómese un segundo sello, si persiste la sensación penosa, al cabo de un cuarto de hora.

Esta fórmula tiene la ventaja de que se puede poner en obleas, y aunque éstas resultan bastante grandes, siempre son más fáciles de tomar que el polvo al natural, que es necesario desleir en agua, y cuyo sabor soso es insoportable para algunos enfermos.

2.° Tratamientos sedantes complementarios

No á todos los enfermos es aplicable el mismo tratamiento, y si el que acabamos de describir conviene en la mayoría de los casos, importa, sin embargo, tener á mano otras armas para los casos de intolerancia ó de susceptibilidad individuales, como para aquellos en que fracasa el tratamiento preferible.

Los medicamentos sedantes complementarios son el fosfato tribásico de cal, los bromuros, el arsénico, el subnitrato de bismuto, el ácido cianhídrico, el licor de Fowler.

No conozco ninguna regla precisa que pueda servir de indicación para escoger entre estos agentes. En caso de fallar el tratamiento aconsejado, lo mejor es proceder por tanteo, suspendiendo el ensayo á la menor reacción.

El *fosfato tribásico de cal*, aconsejado por Leven y por Coutaret, á la dosis de 1 á 4 gramos durante la comida, obra como sedante de la secreción y como tópico local.

Los *bromuros* son sedantes generales y locales, que deben tomarse antes de las comidas. Se prescribirá:

Bromuro de potasio.	10 gramos

Divídase en 10 papeles. Para tomar un papel disuelto en un poco de agua, cinco minutos antes de las comidas.

Se pueden asociar los diversos bromuros, el *licor de Fowler*, que á dosis cortas es sedante gástrico, y la *tintura de beleño* como en esta fórmula:

Bromuro de potasio.	10 gramos
— de sodio	5 —
— de amonio.	4 —
Licor de Fowler.	2 —
Tintura de beleño.	6 —
Jarabe de cortezas de naranjas amargas. . . .	100 —
Agua destilada.	200 —

M. s. a. De este jarabe se tomará una cucharada sopera en un poco de agua al principio de las comidas.

El *subnitrato de bismuto* á dosis altas tiene muchos partidarios. Se ha preconizado el lavado, ó mejor dicho, la curación tópica del estómago con agua en la cual esté suspendido el subnitrato de bismuto en mayor ó menor cantidad. Estoy muy lejos de discutir sus ventajas, puesto que figura en muchas de mis fórmulas; pero rechazo su introducción por la sonda y no he conseguido ningún beneficio de las dosis altas prescritas por sus preconizadores. Además, me ha parecido que provoca estreñimiento. Sin embargo, en algunos enfermos luce una acción manifiestamente sedante, sobre todo en las formas diarreicas. En tales casos, se le prescribirá de la manera siguiente:

Subnitrato de bismuto.	1 á 3 gramos
Polvos de opio.	0 gr. 02 á 0 gr. 05

Mézclese exactamente, para un papel.

Para tomar al principio de las comidas uno de estos papeles diluído en una cucharada de postres de la mixtura siguiente:

Acido cianhídrico medicinal.	V gotas
Agua destilada.	150 gramos

M. s. a.

3.° Medicación ácida

Esta medicación, preconizada ya por Lázaro Riverio y Silvio de la Boë y muy en boga en Inglaterra, ha sido bien reglamentada y vulgarizada en Francia por los trabajos de Coutaret (de Roanne). He tenido frecuentemente ocasión de felicitarme de ella y se obtendrán á veces efectos notables cuando se sepan discernir bien sus indicaciones, que son bastante precisas.

A.—*Sus indicaciones.*—La medicación ácida conviene á un grupo de hiperesténicos y está contraindicado en los demás. No se dirige, por consiguiente, á la hiperestenia considerada en sí misma, sino á algunas de sus particularidades. Los caracteres siguientes permitirán reconocer los hiperesténicos á quienes es aplicable la medicación ácida:

1.° La lengua, en lugar de estar roja como ocurre en la mayoría de los casos, es blanca, pastosa, saburral.

2.° El aliento tiene un olor de fermentación.

3.° Las orinas son pálidas, abundantes, alcalinas; fermentan fácilmente y dejan depositar un sedimento fosfórico.

4.° El régimen lácteo es mal tolerado, en mayor ó menor grado.

5.° Los síntomas precedentes se acompañan de diarrea crónica.

6.° Hay regurgitaciones ó vómitos de materiales que han sufrido fermentaciones anormales ó pútridas, con olor de hidrógeno sulfurado ó de manteca rancia.

7.° Los síntomas precedentes existen en un caso de hiperestenia con clorosis.

B. — *Agentes y técnica de la medicación ácida.*—A primera vista, parece que el *ácido clorhídrico* debiera ser el agente esencial de esta medicación, puesto que es el ácido normal del estómago. Pero esta misma circunstancia es el principal obstáculo para su empleo, porque, como antes he dicho, no se comprende, por una parte, cómo puede emplearse el ácido clorhídrico en una afección en que su excesiva abundancia constituye justamente uno de los elementos morbosos predominantes, y, por otra parte, la experiencia ha demostrado su inutilidad ó su nocuidad. Por lo demás, ya era ésta la opinión de los médicos antiguos, que consideraban el ácido clorhídrico como un medicamento de escaso valor y preferían á él el *elixir de vitriolo* y el *espíritu de nitro dulce* (1).

Por mi parte, he adoptado los ácidos sulfúrico y nítrico; las fórmulas de Coutaret me han parecido, después de estudiarlas, las mejores que pueden emplearse y no sabría recomendar otras que sean preferibles.

Acido sulfúrico químicamente puro.	2 gr. 40
Acido nítrico.	0 gr. 80
Alcohol de 80° Cartier.	18 gramos

Déjense en contacto durante cuarenta y ocho horas y añádase:

Jarabe de limón.	100 gramos
Agua de fuente.	150 —

H. s. a. Solución edulcorada, de la cual se dará una cucharada regular después de las comidas en medio vaso de agua ó de agua vinosa.

(1) He aquí algunas fórmulas antiguas:

A. — ELÍXIR DE VITRIOLO

Tintura aromática.	500 gramos
Aceite de vitriolo.	90 —

M. s. a.

B. — ESPÍRITU DE NITRO DULCE

Acido nítrico.	1 gramo
Alcohol.	2 —

M. s. a.

En algunos enfermos, se puede aumentar sensiblemente esta dosis y dar hasta cuatro y aun seis cucharadas de esta solución por día, por ejemplo, una cucharada inmediatamente después de la comida y otra al cabo de un cuarto de hora.

Coutaret empleaba también otra preparación, á la cual daba el nombre de *gotas regias*, y cuya fórmula es:

Acido nítrico químicamente puro.	3 gramos
Acido clorhídrico	4 —
Alcohol de 80° Cartier.	12 —
Agua destilada.	16 —

M. s. a. y no se tape hasta dos horas después de haber hecho la mezcla. Para tomar de X á XX gotas después de las comidas en un poco de agua ó de agua vinosa.

Según Coutaret, esta medicación más activa estaría indicada en los casos en que existe atonía intestinal con hipertrofia ú obstrucción del hígado, con ó sin tendencias hemorrágicas.

He de añadir que la medicación ácida contraindica en absoluto el uso del régimen lácteo.

C. — *Modo de obrar de la medicación ácida.* — Se han propuesto muchas explicaciones, que son todas más ó menos insuficientes y por lo tanto sería inútil insistir sobre ellas. Por los experimentos hechos en el laboratorio municipal de terapéutica de la Pitiè, me parece probable que los ácidos sulfúrico y nítrico y el agua regia inhiben la función clorhídrica del estómago, se oponen á las fermentaciones anómalas y favorecen la acción de la pepsina, cuya administración medicamentosa es uno de los mejores coadyuvantes.

4.° Tratamientos diversos

Bajo este título clasifico los agentes que no me han satisfecho, pero cuyo empleo es recomendado por autoridades médicas.

A.—*Nitrato argéntico.*—El lavado del estómago con una *solución de nitrato de plata*, propuesto por Reichmann, luego por Forlanini, experimentado por E. Reale y por Bouveret, se practica de la manera siguiente. Se empieza por lavar el estómago con medio litro de una solución de sosa cáustica al 1 por 1000; luego se lava con medio litro de una solución de nitrato de plata (25 centigramos á 2 gramos por 1000), y se termina con una solución de cloruro sódico al 2 ó 3 por 1000. Según E. Reale, los resultados serían siempre favorables; mejoraría la motilidad, cesaría el estreñimiento, desaparecerían los vómitos y el estado general se dependría rápidamente. Lo mismo que Bouveret, yo no he observado estos maravillosos efectos.

B.—*Acido láctico.*—Se ha empleado puro ó en forma de koumis ó de kéfir. Clínicamente, no me ha dado resultados. Experimentalmente, retarda la digestión, acrece la acidez total del contenido gástrico y me ha parecido que, cuando menos en algunos casos, aumenta la hiperclorhidria. Todo esto no indica grandemente su uso.

C.—*Electricidad.*—La electrización del estómago por los métodos cutáneo ó endogástrico, tiene muchos partidarios.

Se la ha empleado bajo sus tres formas: corrientes continuas, corrientes inducidas, electricidad estática. Cada uno de estos métodos de aplicación cuenta con algunos éxitos. Por mi parte, no he obtenido nada decisivo. La faradización ligera del nervio pneumogástrico durante la digestión parece disminuir algo la acidez total del contenido gástrico, así como las fermentaciones secundarias. Pero este efecto es sólo transitorio. El tratamiento eléctrico está quizás llamado á representar gran papel en lo porvenir, pero tanto su técnica como su modo de aplicación exigen más completos estudios.

D.—*Masaje.*—Lo mismo puede decirse del masaje, muy en boga hoy día. En todo caso hay que abstenerse de toda práctica violenta. Lo que al masaje se le pide, en caso de hiperestenia, es una acción sedante que sólo pueden realizar medios muy atenuados. En muchos hiperesténicos van bien las fricciones superficiales y muy suaves sobre el hueco epigástrico durante la digestión.

Este capítulo de los tratamientos diversos podría extenderse desmesuradamente. Pero como los que figurarían en la lista no han dado aún pruebas de su utilidad, su enumeración parece, cuando menos, superflua.

G. — TRATAMIENTO DE ALGUNOS SÍNTOMAS ESPECIALES

Algunos de los síntomas de la hiperestenia permanente adquieren tal importancia, que deben ser tratados personalmente. Por lo tanto, el tratamiento sintomático debe completar el tratamiento fisiológico que se acaba de exponer.

1.º Estreñimiento

Casi no hay caso de hiperestenia permanente en que no se deba tratar de una manera especial el estreñimiento. En efecto, existe en las nueve décimas partes de los casos, y en 1,106 entre 1,585 da lugar á una coprostasis perceptible por la palpación en la S ilíaca, en el ciego y á

veces hasta en el colon descendente y transverso. En múltiples circunstancias, puede ser motivo de una crisis gástrica. Es, pues, necesario inculcarles á los enfermos la urgencia de una deposición diaria y suficiente, y como la higiene y el régimen por sí solos son con frecuencia incapaces de provocarla, se recurrirá á los laxantes.

El *sulfato de sosa* (7 gramos) asociado al *sulfato de magnesia* (3 gramos) y disuelto en un poco de agua común adicionada de agua de Seltz, la *sal de Seignette,* las múltiples preparaciones de *sen* (pasado por alcohol), en particular el *polvo laxante de Dujardin-Beaumetz* (1), la *cascarina,* el *podofilino,* las *píldoras antecibum,* los *gránulos de salud de Franck,* el *aceite de ricino* en cápsulas, etc., son todos recomendables. Por lo demás, en materia de laxantes, lo difícil será escoger.

Yo recomiendo habitualmente una asociación medicamentosa cuya fórmula es como sigue:

Áloes sucotrino.		2 gramos
Turbit vegetal.	aa.	1 —
Resina de jalapa.		
Resina de escamonea. . . .		
Extracto de belladona. . .	aa.	0 gr. 15
Extracto de beleño. . . .		
Jabón amigdalino.		c. s.

H. s. a. con esta cantidad 50 píldoras.

Para tomar, al acostarse, de una á tres de estas píldoras, regulando la dosis de manera que se obtenga una deposición no diarreica al día siguiente por la mañana.

Será también muy conveniente aconsejar como medio coadyuvante la administración de un copioso *enema de agua templada* por la mañana al levantarse.

También es un medio eficaz el *masaje del colon*, practicado por un especialista hábil y á condición de respetar el estómago.

2.° Vómitos

El tratamiento de los vómitos se reduce con frecuencia á una sencilla cuestión de régimen. Rara vez habrá que combatirlos si se siguen exacta-

(1) Fórmula del polvo laxante de DUJARDIN-BEAUMETZ:

Folículos de sen pasados por el alcohol	aa. .	6 gramos
Azufre sublimado.		
Anís estrellado en polvo.	aa. .	3 —
Hinojo.		
Crémor tártaro.		2 —
Azúcar.		25 —
Polvo de regaliz.		8 —

Mézclese exactamente. Para tomar una cucharada de postres en medio vaso de agua, por la noche al acostarse.

mente las reglas antes anunciadas. En todo caso, la técnica que debe emplearse es la siguiente:

A.—Comiénzase por suprimir toda alimentación é instituir el régimen lácteo sistemático, dando antes de cada toma de leche de I á II gotas de *láudano* ó de I á IV gotas de la mixtura compuesta con picrotoxina en un poco de agua (véase pág. 201) dando inmediatamente después una pequeña cantidad de *pepsina*.

B.—Si el enfermo está ya sometido al régimen lácteo y á una dieta demasiado rigurosa, siga el precepto de Beau, que recomienda un régimen gradualmente más substancioso (1).

C.—Si el vómito es independiente del régimen, debe procederse por tanteos con los medios clásicos, *poción de Riverio, poción de Haën, mixtura de Hufeland*, etc., cuya composición puede verse en todos los formularios. En caso de que fracasen estos agentes, se podrá elegir entre los medios siguientes: *solución ácida de Coutaret, jugo de limón* (Audhoui), *inhalaciones de oxígeno, polvo de Colombo* (Debreyne), *estricnina* (Empis), *ácido fénico cristalizado* (2) (Pécholier), *vejigatorio epigástrico pequeño*, espolvoreado con *polvo de opio* ó de *clorhidrato de morfina, emplasto adhesivo de Guéneau de Mussy* (3) aplicado sobre el hueco epigástrico, *inyecciones hipodérmicas de éter*, practicadas á distancia de la región epigástrica (Leven).

3.° Dolor

En cuanto al tratamiento de la crisis gástrica dolorosa, no hay que añadir nada á lo dicho anteriormente (véase págs. 179 y 190). Contra los dolores más débiles, pero más continuos, que caracterizan ciertas formas de hiperestenia, por ejemplo, cuando el epigastrio está sensible, cuando la ingestión de alimentos provoca dolores, se recurrirá á la *mixtura compuesta con solanina* (véase pág. 201), y en caso de que falle, al *agua clorofórmica*, que es, á la vez, sedante y antiséptica:

Agua saturada de cloroformo.	150 gramos
Agua destilada de azahar.	30 —
Agua destilada	120 —

Mézclese. De una á tres cucharadas regulares en el momento de los dolores.

(1) Beau.—*Traité de la dyspepsie*, pág. 220, 1866.

(2)

Acido fénico puro delicuescente.	2 gramos
Gotas negras inglesas.	6 —

M. s. a. Para tomar, en un poco de agua azucarada, IV gotas de esta mixtura tres veces al día, diez minutos antes de las comidas (Pécholier).

(3)

Emplasto adhesivo. . .	aa.	4 partes
Triaca.		
Extracto de belladona		1 —

H. s. a. Emplasto para aplicar en el hueco epigástrico (Guéneau de Mussy).

Dujardin-Beaumetz ha ponderado el *agua sulfocarbonada*. Coutaret recomienda una *solución sulfonítrica cacainizada*, cuya fórmula es:

Acido sulfúrico químicamente puro.	1 gr. 40
Acido nítrico. — —	0 gr. 40
Alcohol de vino de 80°	12 gramos

Déjese dos días en reposo y luego añádase:

Jarabe de azúcar	100 gramos
Agua de melisa..	150 —
Láudano de Sydenham	1 —
Clorhidrato de cocaína	0 gr. 50

H. s. a. Solución, de la cual se tomará una cucharada regular después de la comida, en un poco de agua. Repítase la dosis en el momento del dolor.

4.° Sialorrea

Alcanza á veces un grado tal, que se hace causa de agotamiento. Tengo actualmente en la Pitié una mujer de 35 años, hiperesténica, que expelía más de un litro de saliva por día y se encaminaba rápidamente á la caquexia. En tales casos, recomiendo la infusión de hojas de *jaborandi* á dosis refractas:

Hojas de jaborandi pulverizadas.	2 gramos

Infúndanse durante veinticuatro horas en:

Alcohol de 80°	10 —

Luego se vierten sobre esta mezcla 150 gramos de agua hirviendo; se deja en infusión media hora y se filtra. Una cucharada de café cada hora ó cada dos horas.

Pueden también emplearse la *morfina* ó la *atropina* á pequeñas dosis:

5.° Flatulencias, meteorismo, eructos

Para todo cuanto respecta al tratamiento de estos accidentes, véase más adelante el capítulo especial dedicado al *Tratamiento de las perturbaciones gástricas debidas á las fermentaciones anormales en el estómago*, porque estos fenómenos dependen precisamente de estas fermentaciones.

La flatulencia intestinal es con frecuencia efecto del estreñimiento y cederá usando los medios capaces de combatir á éste. De una manera accesoria, se usarán los diversos carminativos, *anís, culantro, hinojo, angélica, alcaravea, genjibre, canela, menta, sauce, espliego, torongil*, etc.

Coutaret recomienda una *poción eólica* que haría maravillas en las flatulencias nerviosas:

Ácido sulfúrico químicamente puro.		1 gr. 40
Ácido nítrico — —		0 gr. 40
Alcohol de vino de 80° C.		12 gramos

Déjese en contacto durante dos días y luego añádase:

Elixir paregórico.		8 gramos
Elixir de Garus.	aa.	80 —
Hidrolato de menta.. . . .		
Jarabe de éter..		

H. s. a. Poción. Una cucharada regular en un poco de agua en el momento en que se produce el meteorismo. Repítase la dosis según las necesidades.

6.° Bulimia

Generalmente el hiperesténico resiste á su hambre y hasta disminuye la cantidad de alimentos que le es necesaria por el miedo que tiene á la crisis que sigue á toda ingestión algo copiosa. Cuando el apetito se hace demasiado penoso, se aconsejará tomar de I á II gotas de *láudano* ó las *gotas compuestas con solanina* antes de las comidas, ó sino engañar el hambre mascando hojas de *coca*. Da también buenos resultados el probar de hacer comidas pequeñas y frecuentemente repetidas.

7.° Anorexia

La anorexia es mucho más difícil de combatir. Cuando es muy acentuada y los enfermos se alimentan de una manera en extremo insuficiente, se volverá á emplear el *régimen lácteo absoluto*. Si no es tolerado ó si la cantidad ingerida resulta insuficiente, se relajará durante cierto tiempo la severidad del régimen y se permitirán algunos de los alimentos que parezcan apetecidos por el instinto estomacal, porque ante una decadencia orgánica ó los prodromos de la caquexia, es más importante lograr que el enfermo coma que discutir lo que debe comer.

Debe combatirse el estreñimiento, que es causa frecuente de anorexia. Se ensayarán los amargos, sobre todo la *cuasia amarga* y la *cuasina*, luego el *colombo*, el *cardo santo*, el *trébol acuático*, el *lúpulo*, la *simaruba*, la *coca de Levante*, el *elixir estomáquico de Stoughton*, el *elixir de larga vida*, etc.

Un buen recurso consiste en hacer tomar, diez minutos antes de las comidas, un vaso para vino de *agua de Vichy* ó una oblea con 0^{gr},10 de *polvos de Dower* y 0^{gr},25 de *bicarbonato sódico*.

H. — MANERA DE CONDUCIR EL TRATAMIENTO. — TRATAMIENTO CONSECUTIVO Ó DE LA CONVALECENCIA

Cuando mejoran las funciones gástricas, es necesario suprimir lo más rápidamente posible los agentes medicamentosos y contentarse con los medios higiénicos y dietéticos, que serán suficientes para llevar á buen fin el tratamiento. En tesis general, puede decirse que, en cuanto se logre una mejoría, hay que ser muy reservado en el uso de medicamentos, que deberán servir para dar el primer empuje. De modo que cuando el enfermo se sienta mejor, se suspenderán todos los agentes que se empleaban sistemáticamente y sólo se usarán los medicamentos que pueden llamarse ocasionales, es decir, aquellos que se prescriben momentáneamente, sea para combatir la crisis gástrica, sea para remediar cualquier síntoma dominante. Pero hay que atenerse estrictamente á la prolongada observancia de las reglas de higiene y de régimen, que deberán ser respetadas durante meses, si no durante años.

Llegará un momento en que, restablecidas las funciones gástricas y bien seguido el régimen, el estado general se irá reponiendo lentamente, como si la enfermedad hubiera dejado tras de sí, por decirlo así, una especie de agotamiento nervioso. Entonces dicen los enfermos que del estómago están mejor, pero que se sienten débiles, deprimidos, ineptos para todo trabajo muscular ó intelectual. Y entonces es cuando el empleo de los *glicerofosfatos* prestará maravillosos servicios.

Si el estómago es capaz de tolerarlos ó si no se trata más que de simple depresión, se les administrará por la boca, según una de las fórmulas siguientes:

Glicerofosfato de cal. . . . . 0 gr. 30

Para una oblea. Para tomar una oblea en medio del almuerzo y de la comida.

Glicerofosfato de cal. . . . . 3 gramos
Jarabe de limón. . . . . 200 —

H. s. a. Jarabe. Para tomar una cucharada regular en medio y al final de las comidas.

Cuando se necesita un estímulo más enérgico, se empleará el jarabe siguiente, que goza de propiedades más tónicas, pero también más excitantes, hasta el punto de provocar un poco de insomnio cuando se toma en la comida de la noche:

Glicerofosfato de cal.		3 gramos
— de sosa. . . .	aa.	1 —
— de potasa. . .		
— de magnesia. .		
— de hierro. . .	aa.	0 gr. 50
Tintura de nuez vómica. . .		
Maltina.		
Pepsina.		2 gramos
Extracto de nuez de kola.		5 —
Jarabe de cerezas.		200 —

H. s. a. Jarabe, que debe ser límpido y no dejar sedimento. Para tomar una á dos cucharadas al día en las comidas. Si hay insomnio, no debe tomarse en la comida de la noche.

También empleo á menudo, y con buenos resultados, en las grandes depresiones nerviosas que acompañan ó siguen á la hiperestenia gástrica, la fórmula siguiente:

Magnesio metálico.	0 gr. 10
Glicerofosfato de cal.	0 gr. 30
Fluoruro de calcio.	0 gr. 02

Para una oblea. Tómese una oblea al principio del almuerzo y de la comida.

He comenzado á emplear el *magnesio metálico* como tónico y reconstituyente nervioso, por las indicaciones de Gaube (del Gers). Con el *fluoruro de calcio*, que activa la acción de los fermentos solubles, al mismo tiempo que modera la de los fermentos figurados, el magnesio corrobora los efectos nerviosos del glicerofosfato de cal.

Pero, si la depresión es profunda y la susceptibilidad del estómago no permite el empleo de los medicamentos precedentes, sin vacilar debe recurrirse á las *inyecciones subcutáneas de glicerofosfato de sosa*, que son uno de los tónicos reconstituyentes más enérgicos y más decisivos que pueden emplearse en casos tales. Será necesario servirse de soluciones de glicerofosfato de sosa bien esterilizadas, conservadas en ampollas de 1 centímetro cúbico. Hay que cerciorarse, rompiendo una ampolla y viendo la reacción de su contenido, de que éste es neutro, porque las soluciones que contienen un exceso de ácido ó de álcali no sólo son dolorosas, sino que además provocan irritaciones cutáneas, eritemas, etc., sin contar con que dejan induraciones subcutáneas dolorosas y tenaces. Cada día se inyectará el contenido de una ampolla y luego de dos, bien sea en los miembros, bien en las regiones trocantérea ó dorsal. No hay que decir que se guardarán las más rigurosas precauciones antisépticas: se enjabonará la piel, lavándola después con licor de Van-Swieten y éter; la jeringa será esterilizable y habrá sido desmontada y hervida con su aguja delante del operador; se recogerá el líquido de la ampolla en un platillo de cristal esterilizado en agua hirviendo.

Los primeros efectos de estas inyecciones empiezan á manifestarse al cabo de una semana; el enfermo se siente más fuerte; puede soportar durante algunos instantes una ocupación física ó intelectual. Estos resultados invitan á perseverar y se llegarán á dar veinticinco ó treinta inyecciones, cifra que siempre es inútil superar.

I. — TRATAMIENTO HIDROLÓGICO

Comprende el empleo de baños templados, baños fríos, hidroterapia metódica, curas termales, baños de mar.

1.° Baños templados

Serán convenientes á los hiperesténicos nerviosos, irritables, extenuados por los trabajos intelectuales ó agotados por una vida intensiva. Su duración será de media hora á tres cuartos de hora.—No surten efecto alguno en los enfermos debilitados ni en los que han perdido el apetito, ni cuando la lengua esté gruesa, saburral, y predomina la acidez gástrica debida á los ácidos de fermentación.

2.° Baños fríos

El verdadero baño frío tiene pocas indicaciones, pero se aconsejará la inmersión fría á los enfermos deprimidos, cuyo quimismo respiratorio revela un descenso notable de las oxidaciones ternarias. Aun en estos casos la indicación exige que el paciente sea capaz de hacer ejercicio á pie para provocar una reacción intensa.— La inmersión está contraindicada en los reumáticos.

3.° Hidroterapia metódica

Al tratar de la hiperestenia aguda, he descrito las reglas que deben seguirse en el empleo de la hidroterapia metódica (véase pág. 182); estas reglas son aplicables á la hiperestenia permanente y puede decirse que, bien aplicado, este método hidroterápico conviene á la gran mayoría de los enfermos. En el empleo de este excelente coadyuvante del tratamiento, es de toda necesidad tener muy presente que la excitación producida por la ducha «es tanto más intensa cuanto más fría es el agua, más enérgico el choque, más corta la duración. De todos los procedimientos, el más excitante es la ducha de chorro quebrado; tras ella viene la ducha de

lluvia, luego la fricción con la sábana mojada, el baño de río y por último la piscina fría (Glatz).» Por consiguiente, al hiperesténico permanente se le darán *duchas templadas*, en forma de lluvia fina, de nube, de tres á cinco minutos de duración, evitando en absoluto tocar al hueco epigástrico. Después de la ducha, fricción seca y ejercicio activo.

La *ducha fría*, corta, se reservará para los dispépticos neurasténicos, no reumáticos, que no hayan mejorado con el método anterior.

La *ducha escocesa* prestará servicios á los dispépticos reumáticos y en algunos casos de fermentaciones anormales.

Añadamos, á guisa de conclusión, que la hidroterapia no encuentra, por decirlo así, ninguna contraindicación en el tratamiento de las dispepsias, cualesquiera que sean, con tal que la maneje un práctico hábil. Podría citar las observaciones de un número considerable de enfermos refractarios á las acciones medicamentosas que han mejorado mucho bajo la hábil dirección de Beni-Barde, de E. Duval ó en los establecimientos de Divonne, de Champel, etc. La hidroterapia metódica es, pues, uno de los mejores tratamientos coadyuvantes de la hiperestenia gástrica, bajo todas sus formas.

4.° Curas hidrominerales

No hay estación hidromineral en la que no se refieran curaciones de dispépticos, de modo que la mayor parte de los establecimientos inscriben la dispepsia entre el número de las enfermedades que en ellos se curan. Y sin embargo, nada es tan difícil como la elección del establecimiento que deba aconsejarse á un hiperesténico.

Partiendo de los principios que deben regir la terapéutica de esta afección, vemos que es necesario abstenerse de las aguas minerales excitantes. Convendrán las aguas poco mineralizadas, poco ó nada gaseosas, templadas y provistas de cierta cantidad de materias orgánicas. Dada la acción sedante del nitrógeno (Alberto Robin y Mauricio Binet) (1), estarán particularmente indicadas las aguas del tipo referido, que se llaman «azoadas».

Pero una vez sentado el principio ¡cuán difícil es su aplicación! A cada instante se tendrán sorpresas. Tal hiperesténico reportará maravillosos efectos de la cura de *Vichy*, en la fuente del Hospital (Durand-Fardel); otro conseguirá excelentes resultados en *Carlsbad*. Me ha proporcionado, lo mismo que á Contaret, inesperados efectos, *Saint-*

(1) Alberto Robin y Mauricio Binet.—De la acción sedante del nitrógeno en los cambios de la respiración (*Annales d'hydrologie et de climatologie médicales*, 1897).

Nectaire, con sus fuentes de Mont-Cornadore, Saint-Césaire, el Parque, Maurange, (esta última muy ferruginosa y muy cargada de materias orgánicas). *Pougues* aumenta el apetito, calma las dispepsias dolorosas, disminuye la flatulencia, apacigua los vértigos; *Châtel-Guyon* regulariza las funciones intestinales; la fuente de Mauhourat de *Cauterets* parece sedante de la secreción gástrica, según han demostrado los experimentos hechos en mi clínica en compañía de Duhourcau; *Royat* obraría de la misma manera, pero menos acentuada (F. Bernard); la fuente de la Salud de *Bagneres-de-Bigorre* disminuye el eretismo de la mucosa gástrica y facilita la tolerancia de los alimentos (Coutaret); *Alet, Foncirgue, Molitg* (con sus aguas ricas en materias orgánicas) han curado «dispepsias irritativas»; *Brides* remedia las insuficiencias intestinales y sostiene la actividad hepática; *Saint-Alban* convendría para los dispépticos anémicos, etc. Y si pasáramos á los establecimientos extranjeros, además de Carlsbad, ya mencionado, ¡cuántas curaciones veríamos conseguidas en *Marienbad, Ems, Homburg, Kissingen!*

La perplejidad del práctico es inmensa y persistirá mientras no se haya revisado de una manera completa la acción de las diferentes aguas sobre el funcionalismo fisiológico del estómago. Este estudio, dirigido por la Comisión de las aguas minerales de la Academia de Medicina (de Francia), está en vías de ejecución y los trabajos de sus pasantes los señores Arthus, Ranglaret, F. Bernard, Leblanc, etc., han preparado las soluciones; pero actualmente no está bastante adelantado para que sea lícito indicar con seguridad cuáles son las curas termales aplicables á los hiperesténicos.

¿Cómo proceder entretanto? No puedo hacer más que dar las indicaciones de mi práctica personal, especificando que son puramente transitorias y que se modificarán á medida que los estudios á que me refería estén más adelantados y resulten confirmados por la observación de los enfermos.

Hasta más amplio informe y haciendo abstracción de las medicaciones propias de ciertos establecimientos y ya anteriormente referidos, yo prefiero las curas puramente balnearias á las curas internas.

Para este último se escogerán las aguas indiferentes de *Alet* ó de *Évian*. Las aguas de *Vittel* y de *Contrexéville* son también recomendables cuando la orina es escasa, de color obscuro y muy ácida. Se vigilarán atentamente las funciones del intestino, que se ayudarán por medio de laxantes y de grandes enemas.

Los hiperesténicos anémicos irán á *Luxeuil* y á *Plombières;* á *Néris* y á *La Malou*, los hiperesténicos nerviosos y reumáticos; á *Ba-*

denweiler, á *Wildbad*, á *Saint-Sauveur*, los neurópatas y los neurasténicos; á *Cauterets* y *Luchón*, los artríticos tórpidos.

El método de las *curas hidrominerales asociadas*, tan hábilmente empleado por Gubler, será utilizado cuando se conozca mejor la acción de las diferentes aguas sobre la fisiología del estómago, y cuando se pueda determinar bien el terreno sobre el cual se haya desarrollado la hiperestenia. De este modo he conseguido á veces resultados en los artríticos, aconsejándoles *Vichy* después de *Cauterets* y *Luchón*, y en los neurópatas anémicos, prescribiendo una cura normal en *Plombières* seguida de una breve estancia en *Saint-Nectaire*. Estos ejemplos bastan para demostrar todo el interés y todo el porvenir de estas curas asociadas.

5.° Baños de mar

Los baños de mar y hasta la estancia en las costas no son convenientes para la mayoría de los hiperesténicos, y se comprende, puesto que se busca todo lo que sea sedante y rechazamos todo lo que es excitante. —En todo caso, deben evitarse las playas del Norte, de Picardía y del Boulonnais, para escoger con preferencia, en los casos excepcionales en que el médico debe indicar una cura marina, las playas del Mediterráneo, ó *Arcachón*, *Biarritz*, etc., especificando con toda claridad la necesidad de no tomar baños.

6.° Climatología

Por regla general, la cura climática es muy recomendable y es excepcional que no se consigan excelentes resultados. Son innumerables los enfermos que han agotado sin éxito todas las curas hidrominerales y vuelven transformados después de una cura de altura. Los factores de esta transformación son la altura, el ejercicio, la supresión de las preocupaciones habituales y una higiene mejor entendida.

Para escoger la estación, no hay dificultad ninguna. Todas convienen con tal de que estén entre 600 y 1,000 metros, que la vida sea en ella tranquila, que esté desprovista de humedad y dispuesta de manera que sea posible hacer ejercicio graduado.

7.° Cura de uvas

No tengo experiencia personal que me permita formular una opinión, pero está muy recomendada por los médicos. Se han citado éxitos conseguidos en los conocidos establecimientos de *Vevey*, *Meran*, *Durchheim*, *Bingen*, *Rudesheim*, *Bossart*, *Grünberg*, etc.

J. — TRATAMIENTO DEL PERÍODO CAQUÉCTICO. — INDICACIONES DE LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA

El tratamiento del período caquéctico es igual al que acabo de exponer y á él son aplicables las mismas indicaciones, cuando el enfermo se presenta pálido, enflaquecido, extenuado, con el aspecto de un canceroso, — error de diagnóstico que se comete con frecuencia. — He visto repetidas veces recobrar la salud y aumentar de peso en proporciones inverosímiles á estos pretendidos cancerosos, gracias á la aplicación estricta de las dos primeras etapas del régimen (régimen lácteo y luego régimen vegetal), ayudada por el empleo de las medicaciones apropiadas. No hace mucho tiempo había en el número 53 de la sala de Serres, en el hospital de la Pitié, un enfermo enviado con el diagnóstico de «cáncer del estómago,» considerado canceroso por el interno y los asistentes de la clínica, y salió habiendo ganado 18 kilos en tres meses!

Pero cuando el espasmo del píloro, intermitente al principio, se transforma en contractura permanente; cuando el estómago distendido á pesar de sus esfuerzos para vencer el obstáculo (agitación peristáltica en el hueco epigástrico), no es más que un fondo de saco sin salida, donde los alimentos se estancan y fermentan; cuando todos los medios médicos empleados para resolver esta contractura han resultado ineficaces, no puede esperarse gran cosa del falaz recurso de los enemas alimenticios (1); hay que dejar el campo á la cirugía y se impone una *intervención operatoria* que permita que el contenido gástrico se evacúe libremente en el intestino.

No quiero extenderme tratando de esta cuestión de las intervenciones operatorias, que ha dado resultados milagrosos en estos casos; podría servir de testigo un enfermo de mi clínica, llegado á los últimos límites de

(1) He aquí dos fórmulas de enemas alimenticios:

A.	Solución saturada de peptona de carne..	60 gramos
	Bicarbonato sódico..	0 gr. 30
	Pepsina.	0 gr. 50
	Pancreatina..	0 gr. 25
	Láudano..	III gotas
	Agua hirviendo.	200 gramos

M. s. a.

B.	Aceite de hígado de bacalao.	20 gramos
	Té de buey.	100 —
	Vino de Borgoña..	100 —
	Pepsina.	0 gr. 25
	Pancreatina..	0 gr. 20
	Yema de huevo.	N.º 1

M. s. a.

A estos dos enemas pueden añadirse una ó dos cucharadas soperas de *polvo de carne*.

la caquexia, edematoso, ascítico, en el cual había agotado ya todos los recursos de la terapéutica médica y casi lo tenía abandonado, tal era la gravedad de su estado y de tal modo me reconocía impotente. Este enfermo fué operado *in extremis* por Doyen, que le practicó la gastro-enterostomía. Le he vuelto á ver dos años después y presentaba todas las apariencias de la salud.

Pero con frecuencia es difícil precisar las indicaciones de la intervención y saber exactamente si hay ó no estenosis permanente del píloro. Es cierto que servirán de fundamento el grado de distensión gástrica, la agitación peristáltica del estómago, los vómitos, la decadencia del estado general, etc.; pero ninguno de estos síntomas tiene tal valor absoluto que imponga la convicción. Con el propósito de conseguir mayor regularidad, he propuesto un signo que, si bien no es de clínica vulgar, tiene, sin embargo, el valor de un signo patognomónico.

Véase en qué consiste:

Se determinarán las cantidades de nitrógeno y principios minerales contenidos en los ingesta durante cuarenta y ocho horas, y paralelamente y durante el mismo espacio de tiempo se dosificarán el nitrógeno y los principios minerales de la orina y de las materias fecales. En caso de hiperestenia caquéctica sin estenosis pilórica, las materias fecales contienen del 10 al 15 por 100 del nitrógeno ingerido en vez del 5,4 por 100, que es lo normal; pero sumando el nitrógeno y los principios minerales de la orina y de las materias fecales, se encuentran, con pequeñas diferencias, las cantidades introducidas por la alimentación.

Por el contrario, cuando hay estenosis permanente del píloro, el déficit nitrogenado y mineral llega á cerca del 50 por 100 del nitrógeno y de los principios minerales ingeridos (1).

Podría objetarse la dificultad de los análisis necesarios y lo largos que son. Pero prácticamente bastará pesar los ingesta y calcular con las tablas de Kœnig la cantidad de nitrógeno y principios minerales que contienen. En cuanto á la determinación de estos elementos en la orina y las materias fecales, es muy sencilla y está al alcance de todo farmacéutico instruído.

No tengo que ocuparme aquí de los diferentes procedimientos de la intervención operatoria, que necesariamente variarán según los casos. En el Tratado de Doyen (2) y en el artículo de nuestro colaborador Verchère, se encontrarán todos los datos relativos á esta cuestión, que además ha sido discutida brillantemente en la Sociedad de Cirugía.

(1) Véase MARION.—*Thèse de Paris*, 1897.

(2) DOYEN.—*Traitement chirurgical de affections de l'estomac et du duodénum*. Paris, 1875.

K. — TRATAMIENTO DE LOS ESTADOS MORBOSOS ANTERIORES Ó ASOCIADOS Á LA HIPERESTENIA

Aquí habría que discutir el tratamiento que conviene oponer á las dispepsias secundarias de la tuberculosis pulmonar, la gota, la diabetes, las nefritis, las afecciones uterinas, la sífilis, las afecciones crónicas de las vías respiratorias, las neurosis, las cardiopatías, las intoxicaciones, el reumatismo, etc.; pero esta discusión repetiría los artículos especiales en que se estudian sucesivamente estos asuntos, puesto que si bien la dispepsia reacciona sobre la enfermedad causal y la agrava, con todo, el tratamiento de esta última es el que debe concentrar primeramente toda la atención del médico.

No obstante, como Grancher ha demostrado muy cuerdamente, la dispepsia de los tuberculosos es uno de los factores más importantes de la agravación del mal. El tuberculoso necesita todas sus fuerzas para luchar contra la enfermedad, y la dispepsia, que lo coloca en estado de menor resistencia, disminuye sus aptitudes reaccionales. En los comienzos de la tuberculosis pulmonar, la dispepsia que con mayor frecuencia se observa es la hiperestenia, de suerte que deberá procurarse hacer aplicación de las reglas dadas para su tratamiento.

Entre los elementos morbosos etiológicos hay dos que dominan la historia de la hiperestenia, y son: el artritismo y el nervosismo. Debe hacerse lo posible por modificarlos durante el curso del tratamiento antidispéptico; pero importa mucho no perderlos de vista cuando los desórdenes gástricos están en vías de curación. Combatiéndolos, se prevendrían muchas recaídas; ¡pero la tarea es muy difícil!

Cuando una casa tiene un defecto fundamental de arquitectura, no es posible transformarla sin revolverla de arriba abajo. Pues lo mismo ocurre con el organismo; fuera quimérico creer que un tratamiento, por largo que sea, pueda hacer que un nervioso se vuelva un ser de reacciones tranquilas ó que un gotoso deje de ser gotoso. El que más y el que menos, todos nacemos con una herencia que nos predispone á múltiples enfermedades, y es preciso que el hombre se habitúe á vivir con su enemigo, procurando solamente ponerse lo mejor que pueda á resguardo de sus golpes. Por consiguiente, el dispéptico debe convencerse de que toda su vida estará delicado del estómago y que nunca podrá abandonar completamente su régimen sin correr riesgo de que reaparezca su enfermedad.

Así, pues, la mejor profilaxia de los desórdenes dispépticos es un régimen severo, inteligente y pacientemente seguido. Desgraciadamente los

enfermos no son siempre inteligentes y casi siempre es difícil hacerles entrar en razón.

En efecto, á pesar de los progresos de la instrucción y de la menor creencia que le inspira lo misterioso, el enfermo tiene propensión á figurarse que cada una de las molestias que le afligen encuentra en la farmacopea un agente capaz de hacerla desaparecer.

Lo que el gotoso pide, no es que se le indique un régimen que le permita evitar los accesos: quisiera que la medicina le diera drogas que le pusieran en situación de comer según su capricho los alimentos que más le gustan. Por esto el médico debería insistir en hacer comprender al dispéptico el inmenso interés que para él tiene el reglamentar escrupulosamente su alimentación y estudiar las reacciones de su estómago. Todo enfermo inteligente adquiere muy pronto una gran habilidad en discernir la importancia de sus sensaciones, en cuanto se le hace fijar su atención; en estos casos, se guiará fácilmente y rara vez necesitará recurrir á un tratamiento. Y en cambio si es indócil, las crisis irán repitiéndose; se convertirá en un hiperesténico paroxístico y muy pronto la dispepsia se hará permanente. Y es preciso no ocultar que después de un cierto número de crisis, se declara la gastritis catarral con todo su cortejo y su serie de lesiones.

Sin embargo, y á pesar de la dificultad del tratamiento de los estados diatésicos, es evidente que el médico debe hacer todo lo posible por corregir el estado constitucional de su enfermo, prescribiéndole la higiene, la dietética y las medicaciones de que son susceptibles el artritismo y el nervosismo.

X

De las hipostenias ó insuficiencias gástricas

A.—CONSIDERACIONES ETIOLÓGICAS

La hipostenia ó insuficiencia gástrica, caracterizada por una disminución de las secreciones y de la función digestiva, con hipoclorhidria ó anaclorhidria, es una afección que complica con frecuencia las enfermedades orgánicas del estómago ó las enfermedades diatésicas, pero que se observa con menor frecuencia como especie morbosa definida, de existencia propia, independiente de toda otra afección del órgano. Riegel ha hecho una estadística interesante desde este punto de vista, ha recopilado 128 casos de enfermedades del estómago, que se descomponen de la manera siguiente: 69 enfermos tenían dispepsia con hiperclorhidria; 40 presentaban des-

órdenes orgánicos ó diatésicos diversos, muchos de los cuales coexistían con un estado hiperesténico antiguo, y sólo 19 sufrían trastornos que coincidieran con la hipoclorhidria. Casi todos estos 19 enfermos tenían lesiones: en 16 casos, la causa del mal era un cáncer; en la autopsia de otro caso, se encontró degeneración amiloidea de la mucosa; el décimo-octavo tenía reflujo de bilis en el estómago, de origen reflejo, y sólo se encontró uno que presentara una insuficiencia funcional sin lesión y de origen puramente dispéptico.

Mi estadística personal, que comprende más de 2,500 enfermos, confirma los resultados indicados por Riegel; demuestra que, en el mayor número de casos, la dispepsia por insuficiencia va acompañada de lesiones y, por consiguiente, no se encuentra en condiciones etiológicas que puedan permitir que se emplee una terapéutica exclusivamente dirigida contra los fenómenos dispépticos, puesto que ante todo hay que ocuparse de la enfermedad causal.

Sin embargo, ocurre á veces que la dispepsia por insuficiencia aparece de pronto en los anémicos, cloróticas ó neurópatas, de tal suerte que al mismo tiempo que se combatan los accidentes gástricos, habrá necesidad de atender al tratamiento de la enfermedad general. En todos los demás casos, es decir, habitualmente, se tratará de trastornos funcionales originados por una lesión. Desde el punto de vista práctico, es ésta una noción de la mayor importancia.

Resumamos rápidamente las lesiones que son origen de la dispepsia por insuficiencia.

En primera línea, encontramos la *gastritis,* con todas sus formas, catarro gástrico, gastritis atrófica, consecutiva casi siempre á un estado hiperesténico anterior. Con sobrada frecuencia, esta gastritis es efecto de una terapéutica irracional y sobre todo del abuso de los alcalinos, siguiendo el proceso que hemos estudiado anteriormente.

La desaparición del ácido clorhídrico y la alteración de las glándulas gástricas que lo segregan, es regla general en el *cáncer del estómago;* hasta se ha querido ver en esta supresión del ácido un síntoma patognomónico del carcinoma. Seguramente es un signo que debe dar que pensar, pero es exagerado querer hacer de esta supresión funcional una característica absoluta del cáncer, puesto que lo mismo se observa cuando se trata simplemente de la gastritis crónica. Como quiera que los enfermos afectos de gastritis pueden perfectamente vivir y hasta vivir mucho tiempo cuando se someten á un régimen conveniente, sería peligroso para el pronóstico fiarse sólo de la existencia de la anaclorhidria, y por mi parte he visto muchos enfermos que, presentando todos los signos del

cáncer, mejoraban bajo la influencia del régimen y de un tratamiento apropiados, y era que se trataba de enfermos con dispepsia simple acompañada de lesión y de gastritis. Por esto recomiendo siempre que no se haga de una manera definitiva el diagnóstico de cáncer, porque este diagnóstico es la condenación del enfermo y un motivo de expectación para el médico, cosa desastrosa en el caso posible de que, en realidad, se tratara de una gastritis más ó menos avanzada.

La *tuberculosis avanzada* se acompaña siempre, como es sabido, de síntomas gástricos más ó menos graduados; primero hay insuficiencia en el momento de los accesos febriles; luego, cuando la enfermedad es antigua, las glándulas están destruídas, y en todos los casos el estado de desnutrición caquéctica en que el enfermo se encuentra, le acarrea la insuficiencia funcional.

Por último, la hipostenia gástrica se encontrará en el curso de todo *acceso de fiebre*, cualquiera que sea su origen, y en el período caquéctico de todas las enfermedades crónicas.

B. — RESUMEN SINTOMATOLÓGICO

Importa conocer bien los hechos clínicos que caracterizan este estado, porque no sólo sirven de indicaciones para la terapéutica, sino que además representan, con notable exactitud, el reverso de los síntomas que caracterizan la dispepsia hiperesténica.

Es verdaderamente interesante hacer la comparación:

HIPERESTENIA	HIPOSTENIA
Enflaquecimiento, aunque el enfermo coma mucho.	El enfermo parece conservar cierto buen aspecto, aunque coma poco.
El apetito es normal ó exagerado.	Anorexia.
Lengua roja.	Lengua blanca, saburral.
Estómago distendido; ruido de bazuqueo.	No hay distensión ni bazuqueo (á no ser que existan fermentaciones anómalas.
El hígado está aumentado de volumen y doloroso.	Hígado normal (salvo el caso de fermentaciones).
Estreñimiento habitual y coprostasis.	Deposiciones normales ó diarrea.
El enfermo sufre antes de comer, pero la ingestión de alimentos proporciona un momentáneo alivio.	La alimentación es causa inmediata de malestar. Pesadez, calor epigástrico, dolor intenso.
El dolor reaparece dos ó tres horas después de comer.	El dolor desaparece tres ó cuatro horas después de comer (si no hay fermentaciones anómalas).
Los vómitos, si existen, aparecen cuatro ó cinco horas después de comer.	Los vómitos, si existen, aparecen inmediatamente después de comer.
El examen del jugo gástrico revela un aumento considerable de ácido clorhídrico libre.	Poco ó ningún ácido clorhídrico libre en el jugo gástrico.

La insuficiencia ó hipostenia gástrica existe algunas veces sin que la revele ningún síntoma. Me ha ocurrido con frecuencia que, al practicar análisis del contenido gástrico después de la comida de prueba, para estudiar los efectos de algunos medicamentos en sujetos considerados como sanos, encontraba que la digestión se realizaba en presencia de líquidos casi neutros. Otras veces se encontrarán enfermos que presentan los síntomas de la hiperestenia y pueden, accidentalmente, hallarse en estado de hipo- ó de anaclorhidria, y es porque, bajo la influencia de la fatiga de los órganos, estos enfermos tienen crisis de insuficiencia. Por otra parte, sujetos que se suponen sanos, pueden tener trastornos funcionales ignorados y en ellos puede estar ya alterado el quimismo sin que los síntomas sean aparentes. Pero hay motivo para suponer que las personas que presentan vicios químicos del contenido gástrico son, con grandes probabilidades, dispépticos en potencia, y esto es particularmente cierto para algunos jóvenes que, por excesos de todo género, trabajo en demasía ó transgresiones del régimen, están singularmente dispuestos á hacerse dispépticos.

XI

Tratamiento de las hipostenias ó insuficiencias gástricas

A. — CONSIDERACIONES GENERALES

La indicación terapéutica capital del estado hiposténico, consiste en provocar por todos los medios posibles el restablecimiento de la función. Como el primer signo de esta variedad de dispepsia es la ausencia ó cuando menos la disminución de la tasa del *ácido clorhídrico* en el jugo gástrico, muchos prácticos aconsejan la administración del ácido clorhídrico en solución diluída, y hay que reconocer que, desde el punto de vista teórico cuando menos, este razonamiento parece lógico; pero en la práctica es muy distinto y en el estómago no van las cosas de la misma manera que en el laboratorio, en los ensayos *in vitro*.

Por mi parte, absolutamente me opongo á esta práctica, y en seguida se comprenderá por qué: si la dispepsia es un desorden funcional, su tratamiento ha de proponerse mucho más despertar la función que suplirla. Sería, por consiguiente, ir en contra de la indicación principal, puesta en evidencia hace un momento, querer hacer química en el estómago como

se haría en una retorta; éste es un procedimiento que debe reservarse para los casos de gastritis ó de lesiones orgánicas que hagan imposible la reviviscencia de la función.

Por otra parte, la experiencia demuestra que la administración del ácido clorhídrico á los enfermos que sufren insuficiencia de la función, no ha dado nunca ó casi nunca resultado. Georges (de Nancy), que ha experimentado este método en 100 enfermos, refiere que el efecto ha sido manifiestamente desfavorable en 50 casos, nulo en 45 y favorable sólo en 5 casos; bien se ve que tales resultados son poco seductores. Mi práctica me ha hecho reconocer que esta opinión es exacta.

Por consiguiente, esta medicación debe reservarse para los casos en que las glándulas del estómago están con seguridad alteradas, como en el catarro gástrico y la gastritis crónica; pero cuando pueda esperarse que queden siquiera algunas, el deber del médico es intentarlo todo para despertar su actividad.

Así pues, debe procederse planteando un régimen y una medicación apropiados, y para esto no hay más que seguir al pie de la letra las indicaciones clínicas que se acaban de dejar sentadas. Hemos demostrado, haciendo un paralelo muy sugestivo, que los síntomas de la insuficiencia eran exactamente los opuestos de la hiperestenia; de ahí deduciremos lógicamente que el tratamiento debe también estar en completa oposición. De modo que podrían reunirse las indicaciones terapéuticas en esta breve fórmula: hagamos en los hiposténicos precisamente lo inverso de lo que se aconseja en los hiperesténicos, así respecto del régimen como de la medicación.

B. — DEL RÉGIMEN

La leche, que tan maravillosamente conviene á los hiperesténicos, está aquí del todo contraindicada, salvo en algunos casos excepcionales, como, por ejemplo, cuando exista una intolerancia gástrica absoluta ó cuando la ingestión de los alimentos provoque inmediatamente una sensación penosa, que persiste hasta la comida siguiente. — Fuera de estos casos, suprímase la leche, que determina estreñimiento, que hace perezoso el intestino, disminuye las secreciones gástricas y biliares y predispone á las fermentaciones anómalas, singularmente frecuentes en este género de dispepsias.

La carne debe ser empleada con moderación, porque naturalmente se digiere mal por un estómago pobre sin jugos ácidos; la corta cantidad de carne que el enfermo ingiera, debe guisarse en forma de puré, con objeto

de facilitar su transformación en sintoninas. Los hiposténicos toleran los huevos, sobre todo pasados por agua, tan bien como los hiperesténicos. Los pescados poco grasos, como la merluza, el sollo, el mero, el rodaballo, son alimentos muy convenientes.

Por el contrario, debe insistirse en la utilidad de los alimentos feculentos nitrogenados, pastas, harinas de garbanzos, habas, lentejas, alubias rojas, etc., hasta de las raíces, pero siempre finamente pulverizados.

Son útiles los condimentos y se permitirá el uso de manjares ligeramente sazonados, que prohibimos á los hiperesténicos; los hiposténicos toleran perfectamente los alimentos que Gubler llamaba metazimos, es decir, los que llevan en sí mismos su fermento, ostras, caza, escabeches.

Está permitido el uso del aceite de olivas, la crema, la mantequilla fresca. Como postres, quesos muy frescos y frutos cocidos. Están también autorizados el té y el café, bien edulcorados.

En clase de *bebidas*, las más convenientes son los vinos blancos ligeros, mezclados con aguas minerales estimulantes (Condillac, Pougues, Soultzmatt), ó el agua común adicionada de una cucharada de postres de aguardiente de buena calidad. Los mismos buenos vinos tintos, particularmente los vinos añejos de Borgoña, son bien tolerados por ciertos enfermos en quienes provocan una excitación favorable. La cantidad total de bebidas repartida en las tres comidas, será de 1 litro á 1 litro y cuarto por día.

Como puede verse, lo aconsejado es exactamente lo contrario del régimen prescrito á los enfermos que sufren accidentes debidos á la hiperestenia; por esto es de la mayor importancia fijar bien el diagnóstico de estas dos afecciones so pena de perjudicar á los enfermos. Ahora vamos á ver que la misma oposición resalta en la medicación.

El enfermo hará tres comidas cada día, á las 8 de la mañana, al mediodía y á las 7 de la tarde. La comida del mediodía será la más copiosa; por la noche es necesario no comer demasiado. Entre la hora de cenar y la de acostarse, mediará un intervalo de una hora.

En la designación de manjares servirán de guía la apetencia de los enfermos y las minutas de régimen tan bien compuestas por Leube. M. Seure (de Saint-Germain-en-Laye) y Alberto Mathieu (1) han hecho minutas que yo he adoptado, modificándolas un tanto, y que pueden servir de programa para la alimentación de los hiposténicos.

(1) [ALBERTO MATHIEU. — *Le régime alimentaire dans le traitement des dyspepsies*, París, 1894.

PRIMER ALMUERZO. — Puede consistir en uno ó dos huevos pasados por agua, una taza de té ligero, muy caliente, y un poco de pan tostado, ó en una taza de caldo de buey con pastas alimenticias, tales como tapioca, etc., y una rebanada de pan tostado.

SEGUNDO ALMUERZO Y COMIDA. —Una sopa; tres platos; un postre.— 60 á 100 gramos de pan tostado.

Sopa.—Caldo de buey ó de pollo con muchas legumbres y huesos.

Primer plato.—Dos huevos revueltos.

Segundo plato. — Puede elegirse entre sollo, merluza frita, quitándole el pellejo, mero, rodaballo, lucio ligeramente hervidos; salsa de yema de huevo; una chorreada de jugo de limón y un poco de sal para aumentar el sabor de la salsa.

Tercer plato.—Puede elegirse entre filete asado, costilla de carnero ó solomillo de vaca á las parrillas, pollo, faisán, perdiz asada en asador; jamón de York ó de Mayence; tripa de ternera, seso hervido, buey hervido.

Legumbres. — Puré de patatas ó mejor patatas cocidas entre ceniza, con un poco de sal y manteca. — Puré de coliflor, de garbanzos, de lentejas, de alubias, de *julienne*, de zanahorias, de apio, de alcachofas. — Espinacas, ensaladas cocidas, salsifí. — Puede permitirse una ensalada cruda, tierna y poco aliñada.

Entremeses.—Los hechos con huevos y crema.

Postres. — Queso blanco, quesos ligeros y frescos, frutas cocidas, compotas, conservas, confituras.

Bebidas. — Vinos blancos ó tintos, añejos, no ácidos, mezclados con agua de Pougues, Bussang, Condillac, Soultzmatt, Vals.—Cerveza ligera. Cerveza de malta.

Las comidas deben hacerse á horas muy regulares.

En cuanto á las reglas de *higiene*, son muy sencillas: vida de campo al aire libre; ejercicio regular y moderado; no dormir nunca después de las comidas; trabajo intelectual reducido al mínimum.

C. — TRATAMIENTO MEDICAMENTOSO

A estos enfermos les prescribiremos los excitantes y sobre todo los *tónicos amargos*, las *sales de potasa*, el *bicarbonato de sosa*, que excitan la función gástrica, la *ipecacuana* á dosis corta, que excita la musculatura. He aquí algunas fórmulas:

Cinco minutos antes de la comida, una cucharada de café del *elixir de Gendrin*, preparado complejo, que puede prestar en estos casos los

mayores servicios, porque contiene *amargos* y un poco de *carbonato de potasa*. Su fórmula es: (1).

Agua destilada de menta		250 gramos
Extracto de cascarilla	aa.	5 —
— de genciana		
— de ajenjos		
— de mirra		
Flores de manzanilla		6 —
Cortezas de naranjas amargas		10 —
Subcarbonato de potasa		15 —

H. s. a. Elíxir. Para tomar una cucharada de café en un poco de agua, de cinco minutos á un cuarto de hora antes de la comida.

Si los fenómenos son más tenaces y este preparado resulta insuficiente, ó aunque sea sólo para variar las prescripciones, cosa muy importante en estos enfermos, podrá darse antes de las comidas una de las siguientes obleas:

Sulfato de potasa	0 gr. 05
Nitrato de potasa	0 gr. 05
Bicarbonato de sosa	0 gr. 30
Polvo de ipecacuana	0 gr. 01

Para una oblea. Háganse iguales número 30.

En esta preparación, el *sulfato* y el *nitrato de potasa*, además de su acción muscular, son excitantes osmóticos de la secreción gástrica; el bicarbonato de sosa obra como excitante químico y la ipecacuana como excitante dinámico.

También se puede estimular la función gástrica por medio del *condurango*, el *vino tériacal*, el *trébol acuático*, el *jaborandi*, la *cuasia amarga*, el *colombo*, la *simaruba*, la *genciana*, etc.

Los modos de administrar estos agentes son innumerables, y en los formularios se encontrarán asociaciones medicamentosas de demostrada utilidad como aperitivos y entre tantos lo difícil es escoger. Por mi parte, recomiendo:

A. — El vino ó el elíxir de *condurango* ó el cocimiento preparado como sigue:

Corteza de condurango blanco	15 gramos
Agua	250 —

Hiérvase hasta reducción á 150 gramos. Filtrese y edulcórese con 30 gramos de *jarabe de genciana*. Para tomar una cucharada grande un cuarto de hora antes de las comidas.

(1) Algunos médicos, engañados por la falsa idea de la toxicidad de las sales de potasa, las sustituyen por las de sosa. Pero hoy está demostrado que se ha exagerado enormemente la pretendida toxicidad de las sales de potasa y que, en muchos casos, estas sales no son sustituibles por las sales de sosa.

B. — El vino compuesto de *genciana* y *cuasia amarga* con *triaca:*

Vino de genciana.	aa.	60 gramos
Vino de cuasia amarga. . .		
Triaca		4 —

Mézclense los vinos, háganse hervir é infúndase la triaca durante media hora; luego filtrese. Una cucharada regular un cuarto de hora antes de las comidas.

C. — El *trébol acuático* ó *menianto,* que se prepara en forma de vino, como en la fórmula precedente, con los vinos de *colombo* y de *cuasia amarga:*

Vino de colombo.	aa.	50 gramos
— de cuasia amarga.. . .		
Trébol acuático.		5 —

H. s. a. Vino compuesto.

D. — El *jaborandi,* que á dosis corta, es un excelente estimulante gástrico. He demostrado, hace veintitrés años, que el apetito aumenta de una manera muy sensible después de la sudación provocada por el jaborandi (1). Por lo tanto, se podrá utilizar este medicamento en la anorexia de la insuficiencia gástrica, dándolo en forma de tintura ó de infusión. Por ejemplo, X gotas de tintura de jaborandi en un vaso de los de vino de agua de Vichy ó una cucharada regular de una infusión de 4 gramos de hojas por 150 de agua, ó también 1 miligramo de *nitrato de pilocarpina* en un poco de agua de Vichy, diez minutos antes de sentarse á la mesa.

Para suministrar al estómago una primera materia que sirva para la fabricación del ácido clorhídrico, prescribo, en medio de las comidas, una oblea con 0^{gr}20 á 0^{gr}25 de *cloruro de amonio.*

En el mismo orden de ideas, se utilizará también la curiosa propiedad que poseen los *enemas de agua salada* de estimular la función clorhídrica del estómago, administrando, un cuarto de hora antes de las comidas, un enema de 150 gramos de agua templada con 5 gramos de cloruro de sodio en disolución. Como se comprende, este enema debe ser retenido el mayor tiempo posible.

He notado también que en los hiposténicos va bien la administración del *azufre sublimado,* con tal de no usar más que dosis cortas, como por ejemplo, 20 centigramos en una oblea, á la mitad ó al final de la comida.

Al final de las comidas, se estimularán nuevamente las funciones musculares y secretoras del estómago con una preparación estrícnica,

(1) Alberto Robin.—Estudios fisiológicos y terapéuticos sobre el jaborandi (*Journal de thérapeutique de Gubler*, 1874-1875).

empleando, bien el *sulfato de estricnina,* bien una asociación medicamentosa cuya base sea una tintura de estrícneas, *habas de San Ignacio* ó *nuez vómica:*

Sulfato de estricnina	0 gr. 05
Brucina	0 gr. 02
Jarabe de menta	50 gramos
Agua destilada	250 —

Disuélvase. Para tomar una cucharada de postres al final de cada comida.

También empleo frecuentemente la siguiente fórmula:

Tintura de habas de San Ignacio	6 gramos
— de ipecacuana	1 —
— de badiana	5 —

M. s. a. y filtrese. Para tomar VI gotas en un poco de agua de Vichy al final de cada comida.

Glatz propone dar al final de la comida medio vaso y hasta un vaso de los de vino de un *vino pancreático,* al cual atribuye la ventaja de favorecer la digestión y mejorar la nutrición general. El vino debe prepararse en pequeña cantidad y sólo para tres días (1).

Después de haber rechazado el *ácido clorhídrico,* parece que sería lógico proscribir igualmente la *pepsina,* y más aún estando hoy tan pasado de moda este medicamento. Dujardin-Beaumetz, entre otros, ha llegado á sostener que los fermentos artificiales, lejos de reproducir, como se creía, los fermentos digestivos, llevaban al estómago productos en vías de putrefacción.

Es esta una opinión seguramente exagerada. En seguida voy á estudiar la cuestión de una manera más completa, pero desde ahora quiero decir que en las dispepsias hay con frecuencia verdaderas pérdidas de pepsina y que en estos casos es ventajoso administrar al enfermo pepsina artificial, con tal de que se prescriban pepsinas verdaderas y de acción cierta.

D. — DE LA PEPSINA EN TERAPÉUTICA GÁSTRICA

1.° Argumentos y objeciones

La pepsina ha jugado un gran papel en otros tiempos en el tratamiento de las enfermedades del estómago, y hoy, en cambio, este papel

(1) Preparación del vino pancreático de Glatz:

Tómense dos páncreas de cerdo y uno de buey.—Tritúrese y macháquese en el mortero con 2 gramos de carbonato de sosa, 0gr,50 de bórax y 40 gramos de glicerina pura. Déjese en reposo durante tres horas en un sitio fresco; añádanse 500 gramos de vino añejo, agítese frecuentemente, pásese por un tamiz y añádase cantidad suficiente de vino para obtener 1 litro de licor. Decántese y filtrese.

es casi nulo, puesto que la mayoría de los prácticos la han abandonado. ¿Merece la pepsina el descrédito en que ha caído actualmente? ¿No es posible intentar la rehabilitación de este desprestigiado medicamento, sin llegar al entusiasmo de los tiempos pasados? Estos son los puntos que voy á examinar.

Cuando, en 1854, Corvisart introdujo la pepsina en la terapéutica, la confianza otorgada al nuevo medicamento fué tal, que en él se fundaron las mayores esperanzas, llegando á pronunciarse esta frase: «Ahora, con la pepsina, se puede prescindir del estómago.» Y es que, realmente, esta concepción nueva de los fermentos solubles había abierto nuevos horizontes y parecía que la pepsina tenía una importancia de primer orden, dejando en segundo lugar el papel del ácido clorhídrico. Las cosas han cambiado mucho desde Corvisart; M. Beurmann ha sacado la cuenta de las cantidades de pepsina consumida en los hospitales y ha demostrado que esta cantidad va en continuo decrecimiento.

¿Cuál es la causa de esta enorme mengua del papel que en otros tiempos jugaba la pepsina?

Sus adversarios han sostenido algunos argumentos.

El primero de estos argumentos es que la pepsina y el ácido clorhídrico son dos productos de secreción engendrados de una manera conexa; al juzgar de la secreción del ácido clorhídrico, se juzga también la producción de la pepsina. Por esto en las investigaciones químicas de estos últimos años nadie se ha ocupado de la pepsina; todo lo domina la investigación del ácido clorhídrico.

Bourget (de Lausanne), en el Congreso de Lyón de 1894, ha presentado otra objeción.

Sienta el principio de que, en los estómagos más enfermos, aun en los casos de cáncer ó de gastritis crónica inveterada, la pepsina no falta nunca, por así decirlo. Por consiguiente, ¿para qué añadir?

Es más, aun admitiendo que faltara, sería inútil introducirla en el estómago, porque las digestiones artificiales le han demostrado á Bourget que la pepsina más bien estorba, enturbia el líquido y no sirve para nada para la digestión.

Heidenhain y Ebstein han llegado á conclusiones análogas; para estos autores, la mucosa gástrica no fabrica pepsina, sino que segrega un producto especial, llamado propepsina, que secundariamente y bajo la influencia del ácido clorhídrico se transforma en pepsina. Si puede darse el caso de que en el estómago falte pepsina, en cambio la propepsina no falta nunca; basta, pues, en un estómago pobre en pepsina, añadir ácido clorhídrico; es inútil introducir directamente pepsina.

Voy á oponer algunos hechos de observación á los argumentos precedentes.

En primer lugar, por lo que respecta al primer argumento invocado, cae por su base ante la siguiente comprobación.

En las fiebres, la secreción del ácido clorhídrico se suspende, y sin embargo, en estas circunstancias todavía se encuentra pepsina en el estómago; en los tuberculosos particularmente, la dispepsia de los períodos iniciales es casi siempre una hiperestenia gástrica con hiperclorhidria; cuando sobreviene un acceso febril, la función clorhídrica se suspende, pero la función péptica continúa. De modo que es seguro que juzgando del ácido clorhídrico, no se juzga de la pepsina.

Además, algunos histólogos, y en primera línea Renaut, de Lyón, opinan que la secreción de la pepsina y la del ácido clorhídrico no se realizan en la misma célula, quizás ni en la misma glándula; no es ésta todavía una opinión definitiva; sin embargo, esta manera de ver no deja de tener su importancia.

Por último, ¿no se sabe, hace ya mucho tiempo, que las variaciones del ácido clorhídrico no implican variaciones paralelas de la pépsina?

A las conclusiones de Bourget respecto á la inutilidad de la pepsina en las digestiones artificiales, yo opongo las conclusiones inversas á que me ha conducido el estudio de los enfermos tratados por la pepsina; es posible que ésta sea inútil en las digestiones de laboratorio, pero no pasa lo mismo cuando la ingestión se efectúa en el estómago; por ejemplo, en la dispepsia infantil, el ácido láctico da resultados muy diferentes, según que se le asocie ó no la pepsina. De igual modo, cuando se trata de gastritis crónica, cuando ya no cabe la esperanza de despertar por medio de medicamentos apropiados las funciones gástricas, es necesario utilizar el estómago para hacer en él verdaderas digestiones artificiales, y cuando con este propósito he ensayado el ácido clorhídrico solo, nunca he conseguido resultados tan completos como cuando he asociado la pepsina y el ácido clorhídrico. Es éste un experimento que responde á los argumentos de Heidenhain y de Bourget.

De manera que el papel de la pepsina en terapéutica no está tan acabado como quisieran hacer creer.

2.° Pepsinuria y apepsia

El examen de la orina desde este punto de vista, proporciona datos de primer orden. Desde 1861, Brücke había comprobado en ciertas orinas la existencia de fermentos solubles capaces de digerir la fibrina y muy

parecidos á la pepsina. Según se desprende de investigaciones practicadas en colaboración con Derôme, hay en nuestras orinas un fermento soluble análogo á la pepsina; pero este fermento no existe en la orina de una manera continua; se le encuentra por la mañana en ayunas, al mediodía, á las siete, y, por el contrario, no se le halla inmediatamente después de las comidas.

De modo que el organismo produce constantemente la materia que sirve para fabricar la pepsina; en cuanto comemos, el estómago utiliza este producto y se suspende su eliminación por la secreción renal.

Haciendo estas investigaciones, hemos observado dos clases de anomalías.

Ciertos dispépticos tienen una pepsinuria continua, tanto antes como después de comer; de modo que estos enfermos que pierden pepsina constantemente, están en malas condiciones para utilizarla en su estómago.

En cambio, otros enfermos no tienen nunca pepsinuria: por lo tanto fabrican poca pepsina.

En estos dos casos, parece que la administración de la pepsina debe prestar grandes servicios. Si se añaden las gastritis crónicas, se ve que hay tres indicaciones muy claras que permiten emplear la pepsina de una manera racional (1).

3.° Los pepsinógenos

¿Cómo debemos dar este medicamento? Hace ya muchos años que apareció en la ciencia la doctrina de los *pepsinógenos:* según éstos, había medicamentos y alimentos dotados de la propiedad de favorecer la formación de la pepsina.

Con seguridad es preferible emplear los pepsinógenos que introducir directamente pepsina en el estómago. Entre aquellos cuya acción está mejor demostrada, figura el *caldo*, pepsinógeno admirable que, bajo la influencia de las falsas ideas reinantes, ha sido condenado á ostracismo. Pues bien, el caldo no sólo es un pepsinógeno sino que es además un peptógeno. Dastre ha demostrado recientemente que ciertas soluciones salinas son capaces de digerir la fibrina, y precisamente las sales que Dastre reputó más activas se encuentran en el caldo.

Los guisantes, los huesos, la gelatina, las dextrinas del pan tostado, los quesos secos, son también excelentes pepsinógenos.

(1) Alberto Robin.—*Pepsinurie normale et pepsinurie pathologique* (*Soc. méd. des Hôpitaux*, 1896).—M. Derôme.—*Contribution à l'étude du passage dans l'urine de quelques ferments digestifs.* (Tesis de Paris, 1896).

Por otra parte, hay alimentos ó medicamentos que tienen una acción antipepsinógena indubitable, tales como los amiláceos (pan no tostado); las glucosas, todas las preparaciones gomosas, el café en solución concentrada, etc.

4.° De las diferentes especies de pepsina

¿Cuál es la pepsina que debe emplearse?—Todas las pepsinas del comercio pueden servir, con la condición de ser de reciente preparación.

Es además importante que esté bien determinada la actividad ó graduación de la pepsina que se emplea. En el comercio existen gran número de pepsinas muy variables desde el punto de vista de su potencia y también de su forma. Las formas más comunes son: la *pepsina extractiva,* á modo de confitura amarilla muy soluble; la *pepsina en pajuelas,* que no es más que la precedente desecada en la estufa y á baja temperatura, y por último, la *pepsina amilácea,* obtenida tratando la pepsina extractiva de manera que se la reduzca á polvo mezclándola con almidón. Todas estas pepsinas tienen graduaciones que varían entre 20 y 100, lo cual significa que 1 de pepsina, puesto en presencia de fibrina en una pequeña cantidad de agua acidulada al milésimo con ácido clorhídrico y mantenida en la estufa á 38 ó 39° durante doce horas, es capaz de transformar completamente en peptonas de 20 á 100 de fibrina.

En la práctica, la actividad aceptable de la pepsina es cuando menos de 50 y la dosis formulada debe ser proporcionada á la cantidad de alimentos ingeridos. Las dosis indicadas por los formularios son siempre demasiado débiles. El médico debe designar en su receta la calidad de la pepsina que debe despachar el farmacéutico.

5.° Formas farmacéuticas

En las prescripciones, no es indiferente la forma, y así la pepsina extractiva debe reservarse para las preparaciones líquidas, al paso que la pepsina en pajuelas servirá para hacer las obleas ó sellos; en cuanto á la pepsina amilácea es una forma añeja que debería proscribirse de la práctica.

La pepsina puede ser prescrita en forma de jarabe, de elíxir ó de vino, ó en obleas. En las dispepsias hiperesténicas, está contraindicado el empleo del alcohol, y lo mismo ocurre en las dispepsias con fermentación acética.

No se debe dar azúcar á los dispépticos que fabrican ácido láctico. Por consiguiente el jarabe de pepsina se reservará para las dispepsias

hiperesténicas sin fermentaciones lácticas; el vino y el elíxir de pepsina, para las dispepsias por insuficiencia sin fermentación acética; las obleas para las dispepsias con fermentaciones acética ó láctica ó las hipereste-nias gástricas.

A. —*Obleas con pepsina.* — Es necesario emplear una dosis de pepsina suficiente, de $0^{gr},50$ á 1 gramo, y asociarle *maltina* ó diastasa ($0^{gr},10$ á $0^{gr},15$). —Se tomará la oblea *á la mitad* de la comida.

Se asociará la *pancreatina* con la pepsina y la diastasa; la dosis es de $0^{gr},15$ á $0^{gr},30$ próximamente; pero debe tenerse presente que la pan-creatina se inutiliza en un medio ácido, de modo que es necesario darla en píldoras queratinizadas; en cuanto llega al intestino, es decir, á un medio alcalino, la queratina se disuelve y deja libre la pancreatina.

B.—*Jarabe de pepsina.*—Tómense 6 gramos de pepsina, disuélvanse en frío en 20 gramos de agua; déjese en reposo dos horas; filtrese. Méz-clese el líquido así preparado con 70 gramos de jarabe de cerezas; agíte-se; añádanse IV gotas de ácido clorhídrico.

Para tomar una cucharada sopera de este jarabe á la mitad de la comida.

C. — *Elíxir de pepsina.* — Disuélvanse 6 gramos de pepsina en 24 gramos de agua. Añádanse 30 gramos de azúcar, calentando á 32°. Añádanse en seguida 54 gramos de vino de Lunel (con precaución), luego 12 gramos de alcohol de 33° (lentamente, gota á gota). Por último, IV go-tas de ácido clorhídrico.

A propósito de los elíxires de pepsina, conviene decir algunas pala-bras de la acción del alcohol sobre el fermento. En efecto, se ha tachado á los elíxires de ser preparaciones inactivas á causa de la inhibición pro-vocada por el alcohol sobre la pepsina. Bardet ha destruído este error fisiológico, demostrando que, para aniquilar la pepsina, era necesario po-nerla en alcohol concentrado. Sería, pues, exagerado pretender que no deben emplearse elíxires de pepsina; por el contrario, representan una forma excelente en los casos de insuficiencia gástrica.

6.° Antagonistas

Como se comprende, es absolutamente necesario evitar que, al mismo tiempo que la pepsina, se ingiera uno de los medicamentos que le son antagonistas, tales como: la *creosota,* el *cloral,* el *sublimado,* el *ta-nino,* el *ácido gállico,* las *sales solubles de hierro,* la *atropina,* el *fenol.*

Si fuera preciso recurrir á estos medicamentos, es necesario darlos

lejos de las comidas, y no se emplearán nunca si se sospecha que exista insuficiencia péptica.

Por consiguiente, la pepsina tiene sus indicaciones formales; entre el entusiasmo exagerado de Corvisart y el actual desprecio, no menos exagerado, cabe la opinión mixta que acabo de exponer.

E. — MEDICACIONES DIVERSAS

Además del tratamiento fundamental, cuya técnica acabamos de exponer, son aplicables á la insuficiencia gástrica la mayor parte de las medicaciones estimulantes que excluimos del tratamiento de la hiperestenia. En particular, están plenamente indicadas la electricidad y el masaje.

1.° *Electricidad.* — Las investigaciones de A. Jones, de Max Einhorn, entre otras, son perfectamente características. Max Einhorn ha visto que, faradizando durante diez minutos la superficie interna del estómago, la acidez del contenido gástrico se eleva de 25 á 50 por 100. Clínicamente, ha visto aparecer el ácido clorhídrico después de la faradización en un individuo afecto de catarro crónico con anaclorhidria; además, la faradización hace disminuir y luego desaparecer los dolores gastrálgicos. Con una corriente de 15 á 20 miliamperes de intensidad y diez minutos de duración, sin interrupción de la corriente, la galvanización directa de la mucosa gástrica con el polo negativo, más bien parece disminuir la acidez; con el polo positivo, no parece que ocurra cambio bien marcado.

Para la aplicación clínica de su electricidad, se emplea comúnmente el método de von Ziemssen. Se practica la galvanización del estómago con placas anchas de 12 centímetros por 10, colocando el anodo en el dorso y el catodo en el hueco epigástrico. Durante dos ó tres minutos, se pasea sobre el estómago el electrodo negativo, y se termina interrumpiendo algunas veces la corriente de modo que se produzcan sacudidas musculares. La sesión termina por la faradización de la piel por medio del pincel metálico, manteniendo el electrodo positivo sobre el estómago mientras el pincel roza ligeramente la piel.

M. Glatz aconseja alternar la galvanización local del estómago y la faradización general con la galvanización del gran simpático: se aplica el electrodo mayor sobre el estómago y el menor á nivel del ganglio cervical superior; se utiliza una corriente de 3 á 4 miliamperes; la sesión dura dos minutos. Cuando hay dolores, se galvaniza el estómago aplicando el anodo en el epigastrio y el catodo en el punto dorsal hacia el cual se irradian los dolores epigástricos. La sesión termina por algunas inver-

siones de la corriente y por la faradización del cuerpo con el pincel. La electrización irá seguida de una ducha muy caliente dirigida contra el estómago, durante tres á cuatro minutos (1). Las investigaciones que, con el concurso de R. Régnier, he practicado en el hospital de la Pitié, confirman la opinión de Glatz respecto al valor de la electrización del nervio pneumogástrico.

Se practicará la sesión de electrización antes de la comida; en este momento, tiene la ventaja de estimular el apetito. —También se ha aconsejado hacer obrar la corriente durante la digestión.

2.° *Masaje.*—El masaje ó amasamiento del estómago ha sido bien estudiado por Cautru (2), en cuya tesis se encontrarán los más circunstanciados informes. Sin admitir con él que el masaje esté indicado en todos los tipos químicos de la dispepsia, acepto sus demás conclusiones. Gracias al masaje, los alimentos son mejor amasados en el estómago y éste se evacúa más deprisa, calman los dolores y mejora sensiblemente el quimismo estomacal.

3.° *Medios diversos.* — El *lavado del estómago* no tiene utilidad ninguna. — La *ducha intraestomacal*, á la cual atribuye Malibrán la propiedad de estimular la secreción del jugo gástrico y la contractilidad de las túnicas musculares, no me ha dado, en los tres casos en que la he ensayado, los resultados anunciados por su promotor. — El *nitrato de plata* me parece más nocivo que favorable. — La *creosota*, reputada por Klemperer como capaz de estimular la contractilidad, la *orexina* ó *fenidihidroquinazolina*, propuesta por Penzoldt como aperitiva y estomáquica, etc., son inútiles ó nocivas.

F. — TRATAMIENTO SINTOMÁTICO

Hay que atenerse á las indicaciones que se dieron al estudiar el tratamiento de los síntomas particulares de la hiperestenia permanente (véase pág. 212). Como en ésta, el tratamiento estomacal propiamente dicho irá seguido de un tratamiento tónico, cuyo elemento más útil serán los *glicerofosfatos*.

Sin embargo, en las insuficiencias dependientes de la clorosis, es necesario empezar el *tratamiento ferruginoso* muy pronto, es decir, en cuanto el estómago sea capaz de tolerar las preparaciones calibeadas. Peter ha dado una fórmula muy útil:

(1) GLATZ. — *Des dyspepsies avec suppression de la sécrétion du suc gastrique et plus particulièrement de la dyspepsie neurasthénique*, Ginebra, 1889.

(2) F. CAUTRU. — *De l'emploi des agents physiques et en particulier du massage dans le traitement des dyspepsies* (Tesis de París, 1894).

Creta lavada.	aa. . . .	0 gr. 20
Polvo de café tostado.		
Polvo de ruibarbo.		
Limaduras de hierro.		0 gr. 05
Polvo de nuez vómica.		0 gr. 01

Mézclese exactamente en una oblea. Para tomar antes de cada comida.

Dicho autor aconseja dar al mismo tiempo ácido clorhídrico después de la comida. Yo prefiero mucho más la *pepsina*, á la cual se asocia, si es necesario, una cucharada de la *mixtura ácida de Coutaret*.

Otra fórmula muy apreciada es la del R. P. Debreyne, que yo he modificado del modo siguiente:

Subcarbonato de hierro.	aa. . .	12 gramos
Polvo de genciana.		
Polvo de áloes.		3 —
Extracto de ajenjos.	aa. . .	6 —
— de colombo.		

H. s. a. 120 píldoras. Para tomar una píldora el primer día, dos el segundo, y aumentar una píldora cada día hasta seis diarias, ó sea dos con el desayuno, dos con el almuerzo y dos con la comida. Con cada toma, un vasito de maceración de *cuasia amarga*.

G. — TRATAMIENTO HIDROLÓGICO

1.° Hidroterapia

La hidroterapia bien manejada produce algunas veces efectos notables. Para su aplicación, lo mejor es seguir los preceptos de Glatz. Comenzar por la ducha general, á 24 ó 22° centígrados, luego bajar gradualmente la temperatura 2° cada vez, hasta 10 ó aun 8°. Para hacer tolerar esta baja temperatura, comenzar dando algunos chorros de agua á 24°. La ducha se dará con el chorro entero ó ligeramente quebrado.

Glatz recomienda también la práctica siguiente: ducha alternativamente caliente y fría, en forma de lluvia ó de chorro entero, dirigido al estómago durante veinte ó treinta segundos, á la temperatura de 32 ó 36°, luego veinte segundos á 10 ó 12°, y así sucesivamente, prolongando la ducha alternativamente durante tres minutos y acabando la operación por la ducha fría en forma de lluvia ó de chorro partido, dirigido sobre todo el cuerpo durante veinte ó treinta segundos.

«Los efectos estimulantes ó vivificantes de esta ducha no tardan en hacerse sentir y se manifiestan pronto por la mayor facilidad de las digestiones; el enfermo tiene más apetito y siente menos pesadez después de las comidas, su sueño es mejor y más reparador, y como consecuencia natural tiene más bríos, más vigor y sobre todo menos hipocondría (Glatz).»

Cuando por cualquiera razón no pueda aconsejarse la hidroterapia, recomiendo calurosamente que cada noche se aplique en el momento de acostarse el *cinturón de Priessnitz,* llamado en Alemania y en Rusia «*compresa calentadora,*» que se conservará durante toda la noche.

2.° Tratamiento hidromineral

Todo lo que tienen de difíciles las indicaciones cuando se trata del tratamiento hidromineral de la hiperestenia, tienen de fáciles en el caso actual. Entonces aconsejé las curas balnearias con preferencia á las curas en bebida; ahora diré exactamente lo contrario: la cura en bebida es la principal, la balnearia es accesoria y coadyuvante.

Vichy ocupa el primer lugar de la serie. Su ácido carbónico estimula el apetito, su bicarbonato de sosa activa las secreciones clorhídrica y pepsínica, alcaliniza las orinas, regulariza la nutrición. Se empezará empleando el agua de la fuente Hôpital, á dosis de 60 á 100 gramos, repetidas dos ó tres veces, con media hora de intervalo, debiéndose tomar la última dosis exactamente una hora antes de la comida. Luego, según los casos, se emplearán ó no las demás fuentes, por ejemplo, la Grande-Grille, cuando haya atonía hepática ó acolia ú oligocolia.

Pougues les convendrá más que Vichy á los hiposténicos anémicos, irritables, vertiginosos y neurálgicos.

Carlsbad y, en segundo término, *Marienbad, Tarasp, Brides*, que aumentan las secreciones del jugo gástrico y de la bilis, estarán indicados en los enfermos que sufren al mismo tiempo atonía intestinal.

Châtel-Guyon y *Kissingen* tienen las mismas indicaciones.

Hombourg despierta el apetito, estimula el estómago, ayuda al intestino, ejerce sobre el organismo una acción tónica. Se aconsejará que se tomen por la mañana dos vasos de la fuente de Elisabeth, con una hora de intervalo, y por la tarde dos vasos de la fuente Ludwig, de la misma manera.

He empleado como sucedáneos de Hombourg, y con éxito positivo, en enfermos que no podían viajar, las aguas de *Santenay* y de *Maizières* (Costa de Oro). Creo que estas últimas, clorurado-sódicas y litínicas, tomando una botella por día, antes ó durante la comida, están destinadas á ocupar un lugar importante en el tratamiento de las insuficiencias gástricas.

Royat es conveniente para los artríticos anémicos y nerviosos; *Saint-Alban* y *Neyrac*, para los anémicos.

Por último, *Saint-Nectaire,* con sus múltiples manantiales de mine-

ralización y temperaturas diferentes, representa un conjunto que hace de él un establecimiento de elección, con tal de que se vigilen muy atentamente las funciones del intestino y se administre un purgante salino en cuanto las deposiciones sean insuficientes. Los manantiales calientes de Mont-Cornadore, de Saint-Césaire ó de Gros-Bouillon, que se toman por la mañana, con las fuentes Maurange, Rouge ó del Parc durante el día, y la fuente Romaine en bebida en las comidas, constituyen una medicación de primer orden, que responde á la mayor parte de las indicaciones que hay que llenar.

3.° Baños de mar

Son útiles en la hipostenia, pero de una manera secundaria. Las playas de Calvados, del Norte y de Bretaña proporcionarán buenos resultados á los enfermos deprimidos y á los atónicos, á los extenuados del trabajo ó del placer, á los dispépticos de la edad del crecimiento, á los sedentarios, á condición de que no sean reumáticos.

4.° Climatoterapia

En principio, están indicadas todas las curas de altura. La elección se fundará en las particularidades individuales de cada enfermo.

XII

De los desórdenes gástricos debidos á las fermentaciones anormales en el estómago

A. — CONSIDERACIONES GENERALES

Las fermentaciones anormales del estómago no constituyen una especie morbosa definida; si las estudio aparte, es porque los trastornos que provocan tienen un aspecto particular y necesitan una intervención terapéutica especial; pero debe saberse que las fermentaciones anormales se encuentran en el curso de todas las dispepsias, que no hay enfermedad gástrica que no las presente á título de complicación y que, por lo tanto, el tratamiento de estas fermentaciones debe lógicamente acompañar al régimen, á la medicación, propios á toda gastritis. Para no repetirme á

cada paso, he preferido consagrar un capítulo especial á las fermentaciones viciosas del estómago.

Siempre que hay fermentación digestiva anormal, las condiciones químicas de la transformación de los alimentos se encuentran modificadas de una manera esencialmente variable, que puede naturalmente producir efectos muy diversos; pero á pesar de esa extrema variedad de aspectos, los fenómenos dominantes reconocen una causa única: las fermentaciones anormales.

Estas fermentaciones pueden causar al enfermo los más dolorosos trastornos, y entre ellos el más aparente y al mismo tiempo el más penoso es ciertamente la flatulencia. Además, la presencia en el estómago de substancias anormales y sobre todo de ácidos orgánicos en exceso, provoca también accidentes gástricos secundarios que acrecen las dificultades de la digestión.

B. — CONDICIONES ETIOLÓGICAS

Las fermentaciones digestivas comienzan desde que se inicia la digestión estomacal, pero es imposible separarlas de las fermentaciones viciosas que se efectúan en el intestino en cuanto penetra en él el bolo alimenticio, porque éstas son consecuencia regular de aquéllas. No existe trastorno digestivo gástrico que no altere las funciones intestinales. De modo que, en caso de fermentaciones viciosas, se observarán los dos órdenes de fenómenos.

Toda dispepsia, sea hiperesténica ó hiposténica, puede ir acompañada de fermentaciones anormales. Se ha querido hacer de ellas un accidente propio de las dispepsias por insuficiencia; esto es un grave error, pues, al contrario, quizás se encuentran más á menudo las fermentaciones anormales en los hiperesténicos que en los dispépticos por insuficiencia. La opinión primitiva y clásica se fundaba en la suposición, puramente teórica, de que el ácido clorhídrico hacía en el estómago el oficio de antiséptico; pero no es así, y por mi parte he comprobado la existencia de fermentaciones viciosas en casi todos los hiperesténicos, y la tasa de los ácidos de fermentaciones ha ascendido en muchos de ellos á más de 2 gramos. La investigación del ácido sulfúrico conjugado en la orina, proporciona otra prueba de la frecuencia de los fenómenos de fermentación en los hiperesténicos. Es sabido que en la orina existe azufre en diversas formas: ácido sulfúrico preformado, ácido sulfúrico conjugado y azufre incompletamente oxidado; pues bien, siempre que en el intestino se desenvuelven procesos de fermentación viciosa, es decir, cuando el estómago

envía á los intestinos un quimo rico en ácidos orgánicos y en fermentos diversos, hay fabricación de escatol, de indol, de fenol ordinario y de otros diversos fenoles; una vez ingresados en la circulación, estos compuestos se combinan con el ácido sulfúrico y pasan á la orina en estado de cuerpos sulfo-conjugados; la investigación y la dosificación del ácido sulfúrico conjugado es, por consiguiente, un excelente medio de juzgar de la importancia de las fermentaciones viciosas.

La experiencia me ha demostrado que siempre se encuentra una cantidad mucho mayor de sulfo-conjugados en los casos de dispepsia hiperesténica que en los de hipostenia gástrica.

Se encontrarán igualmente fermentaciones anormales siempre que, por cualquier causa, los alimentos permanezcan demasiado tiempo en el estómago, aunque no haya dispepsia, por ejemplo, en un caso de indigestión accidental. Pero éste es un hecho raro, y por lo común la *estancación* ó estasia proviene de la distensión por espasmo pilórico, de la atonía ó, con menos frecuencia, de la verdadera dilatación.

La introducción en el estómago de los *alimentos metazimos* de Gubler (ya hemos visto que son las materias que están en vías de fermentación ó que llevan consigo su fermento, conservas, quesos, carne de caza, etc.), es también causa frecuente de fermentaciones viciosas en los sujetos cuyo tubo digestivo no está en buen estado.

La *mala masticación* es otra causa todavía más frecuente; todo individuo que por tener mala dentadura ó por mascar demasiado deprisa tritura mal sus alimentos, introduce en su estómago é intestinos materiales insuficientemente elaborados, que presentan á la digestión una masa demasiado compacta para que en ella penetren fácilmente los jugos digestivos, resultando de ello lo mismo que en la estancación: la digestión es lenta y se desarrollan fermentaciones anormales.

En las *gastritis crónicas,* el estómago no representa más que un vaso inerte donde no puede realizarse la digestión normal, puesto que no existen jugos digestivos; las fermentaciones viciosas son, por lo menos, más fáciles que en todos los otros casos.

Por último, en el *cáncer,* que siempre va acompañado de gastritis crónica, son también constantes las fermentaciones anormales. Hasta se ha pretendido hacer de la presencia del ácido láctico en el estómago un elemento de diagnóstico del cáncer; pero esto es un error; cierto que casi siempre hay ácido láctico en el estómago de un canceroso, pero esto demuestra sencillamente que la digestión se efectúa mal, y lo mismo se encuentra en todas las afecciones que acabamos de enumerar; no es posible, por tanto, hacer de él un elemento serio de diagnóstico.

C. — QUÍMICA PATOLÓGICA

El ácido normal del estómago es el ácido clorhídrico; en caso de fermentaciones anormales, la digestión se realiza en presencia de ácidos de producción patológica, que son el ácido acético, el ácido butírico y el ácido láctico. Este último es el que con más frecuencia se encuentra.

El *ácido acético* se produce sobre todo á expensas del alcohol ingerido y se encuentra principalmente en los bebedores de licores, vino ó cerveza. No olvidemos que la ingestión de bebidas alcohólicas no implica en absoluto el hábito de la embriaguez, y que se puede encontrar la intolerancia gástrica por el alcohol en enfermos que no se han embriagado en toda su vida.

El *ácido butírico* se encuentra sobre todo en los sujetos sometidos al régimen lácteo. Basta en tales casos suprimir la causa para ver desaparecer los trastornos debidos á las fermentaciones anormales; por lo mismo, es necesario recordar que la leche no es, como se dice, el mejor alimento de todos los dispépticos, cualesquiera que sean. Como ejemplo de los accidentes causados por el empleo abusivo del régimen lácteo, lo mejor que puedo hacer es citar un caso que he tenido recientemente en mi clínica. Tratábase de una joven que había tomado por error un vaso de una solución de sublimado; naturalmente, la enferma había presentado todos los signos de una gastritis aguda y con razón se la había sometido al régimen lácteo exclusivo, continuando por prudencia esta medicación durante mucho tiempo. Cuando ingresó en nuestra clínica, la enferma presentaba signos de fermentación butírica intensa, que se achacaba á las consecuencias del envenenamiento. Pero ha bastado suprimir la leche para ver desaparecer en seguida los síntomas gástricos: se trataba sencillamente de fermentaciones viciosas debidas al uso excesivo del régimen lácteo.

El *ácido láctico* puede ser considerado casi como uno de los elementos normales de la digestión, hasta el punto de que los fisiólogos han discutido mucho tiempo cuál sería el ácido libre del jugo gástrico normal. Hay pocos estómagos en los cuales no se le encuentre, cuando menos en estado de vestigios. Pero como muchos alimentos usuales, el pan, los feculentos, los azúcares, la leche, etc., son capaces de engendrarlo, se comprende que en los actos de una digestión anormal su proporción pueda alcanzar cifras importantes.

Este ácido láctico parece ser producido las más de las veces por el fermento láctico, cuya presencia en el estómago está demostrada; pero también parece que puede formarse por desdoblamiento de la glucosa sin

intervención de ningún fermento figurado. Una molécula de glucosa ($C^6H^{12}O^6$) corresponde á dos moléculas de ácido láctico ($C^3H^6O^3$): parece que esta disociación de la molécula de glucosa puede realizarse fácilmente en un medio húmedo, caliente y alcalino. Estas son precisamente las condiciones ofrecidas por el estómago de los sujetos afectos de gastritis crónica, y hasta de los hiperesténicos cuando se les trata por los alcalinos á altas dosis, ó de los sujetos que han deglutido gran cantidad de saliva.

Los enfermos en quienes dominan las fermentaciones viciosas, presentan flatulencias; pronto veremos que este fenómeno es uno de los que más molestan á los enfermos. ¿Debe atribuirse á la fermentación esta formación de gases? El análisis puede permitir contestar á esta pregunta. Ewald, que ha estudiado este asunto, cita los resultados siguientes respecto á la composición de los gases eructados:

CO^2	20cc, 57
H	20cc, 00
CH^4	10cc, 75
O	6cc, 25
N	41cc, 38

A juzgar por estas cifras, habría derecho á suponer que cuando menos una parte proviene realmente de la fermentación, y que el resto debe venir de la deglución de cierta cantidad de aire ingerido en el momento en que va á producirse el eructo. Pero hay que tener muy en cuenta el momento en que se hace el análisis. Bardet ha hecho notar que, tratándose de los eructos que se producen inmediatamente después de la comida, era imposible acusar á las fermentaciones, tanto más cuanto la cantidad de gas es á veces prodigiosa. En este caso, es de suponer que se trata de una verdadera exhalación gástrica. Es decir, que bajo la influencia de la irritación, el estómago pierde su contractilidad, y dejando entonces de obrar sus paredes musculares por compresión sobre los capilares, se produce en el estómago una exósmosis gaseosa, y los eructos están constituídos por los gases de la sangre. Esta teoría resulta confirmada por los análisis de Bardet, que ha encontrado las cifras siguientes:

CO^2	40 á 60 centím. cúb.
O	20 á 15 —
N	30 á 25 —

Estos son los productos de los eructos de los hiperesténicos inmediatamente después de la ingestión de una corta cantidad de alimentos; la mayor parte del gas era absorbida por la potasa y el resto proviene, según Bardet: 1.° de un exceso de oxígeno de la sangre, y 2.° de la mayor

ó menor cantidad de aire ingurgitado por el enfermo en el momento en que se esfuerza en expulsar los gases que agobian su estómago, porque la eructación en los flatulentos va siempre precedida de la ingestión de una pequeña cantidad de aire, que sirve para abrir el camino á los gases.

D. — SINTOMATOLOGÍA

Después de comer experimenta el enfermo una sensación de pesadez y de soñolencia á veces invencible. Si no siente sueño ó puede resistirlo, queda siempre inepto para el trabajo ó para la acción. Los vestidos le incomodan y tiene que soltarlos por completo; el estómago está visiblemente inflado, con sonoridad y timpanismo. En seguida se declara la flatulencia, á veces inmediata y entonces se trata de hiposténicos; otras veces, dos horas después de las comidas, si la cosa recae en hiperesténicos; á menos que se trate de las fermentaciones butírica ó pútrida, esta flatulencia es siempre completamente inodora.

Si el enfermo es hiperesténico, al mismo tiempo que la eructación, hay regurgitación fuertemente ácida, y, por el contrario, en los gastríticos ó en los dispépticos por insuficiencia ó en caso de hiperestenia retardada, estas regurgitaciones son menos ácidas ó neutras é insípidas. Cualquiera que sea la naturaleza de la dispepsia, lo que hay no son vómitos, sino un verdadero fenómeno de mericismo, porque los enfermos no tienen náuseas, y algunos hay que pueden de este modo arrojar toda su comida con el cigarrillo en la boca y casi sin molestias.

Pero poco á poco el estado del enfermo se va haciendo realmente penoso. Unas cuatro horas después de comer, se declara la pirosis: este es el instante en que los ácidos de fermentación irritan la mucosa, siendo mucho más penosa la sensación provocada por el ácido láctico que la determinada por el ácido clorhídrico. Se produce entonces una crisis, á las veces extraordinaria, de flatulencia, hay verdaderas explosiones y en algunos enfermos el fenómeno adquiere proporciones verdaderamente fantásticas. Bardet, que ha medido las cantidades expulsadas por un sujeto que sabía recoger los gases eructados, ha podido decir que cada ructo podía representar á veces cerca de un litro, y que tomando un término medio, podía suponerse, contando el número de ructos efectuados en el curso de una digestión anormal, que en ciertos casos excepcionales el enfermo llega á expeler de 200 á 400 litros de gas. Cifras enormes de las cuales, sin insistir más, puede deducirse el suplicio que tal estado de flatulencias constituye para los que lo sufren.

Estas grandes crisis de fermentación viciosa van seguidas de una

reacción del estómago, que, en ciertos enfermos y particularmente en la hiperestenia permanente y en los hiposténicos, reviste la forma de un empacho gástrico. Si las crisis, aunque menos intensas, repiten con regularidad, se produce un empacho gástrico crónico, con fetidez del aliento, y el enfermo tiene la lengua blanca y aplanada.

No hay que decir que estas crisis gástricas trastornan el intestino, que participa también de las fermentaciones viciosas, que se revelan por el timpanismo con borborigmos. Obsérvanse, además, en estos enfermos alternativas de estreñimiento y diarrea.

XIII

Tratamiento de los trastornos gástricos debidos á las fermentaciones estomacales

A. — CONSIDERACIONES GENERALES

Puesto que las fermentaciones anormales son un elemento morboso complicativo de una ú otra de las dos formas de dispepsia que hemos descrito, es obvio que el primer cuidado del médico debe ser reconocer la forma de la dispepsia primitiva, fundándose en los signos y síntomas ya estudiados, y una vez reconocida la dispepsia, debe ante todo empezar planteando su tratamiento especial. Sin embargo, como los fenómenos dependientes de las fermentaciones acarrean un estado patológico secundario de caracteres particulares, será forzosamente necesario modificar el tratamiento conforme á las indicaciones que voy á sentar.

Naturalmente, el régimen será el principal punto de mira del tratamiento, porque es necesario instituirlo con tanta severidad como en las otras afecciones gástricas, suprimiendo de la alimentación del enfermo todas las substancias susceptibles de provocar ó sostener las fermentaciones que se trata de cohibir.

Hablaré, pues, en primer lugar, del régimen; luego estudiaré las medicaciones y, por último, terminaré tratando de un punto nuevo, el tratamiento de las flatulencias, que á las veces causa al enfermo sufrimientos crueles y hasta ahora los terapeutas los han dejado muy de lado.

B. — DEL RÉGIMEN EN LAS FERMENTACIONES VICIOSAS

Una de las causas más frecuentes de los eructos es la introducción de una cantidad excesiva de alimentos en el estómago. Por lo tanto, la

primera recomendación que debe hacerse á un dispéptico que sufre fermentaciones anormales, es que disminuya las comidas principales, y, en cambio, haga múltiples comidas pequeñas. Esta precaución es siempre excelente, pero resulta maravillosa para algunos hiperesténicos, porque de este modo los enfermos se ven aliviados por la ingestión de los alimentos, y el ácido clorhídrico, cuya producción es permanente, encuentra así como una saturación fisiológica que reduce las probabilidades de crisis gástrica dolorosa. El régimen lácteo produce buen efecto en muchos casos, precisamente porque necesita una sucesión constante de comidas cortas; pero con seguridad se puede conseguir el mismo resultado con mayores ventajas si en lugar del régimen lácteo se hacen cada día seis ú ocho comidas muy ligeras.

Compréndese, además fácilmente, que la introducción de una gran masa de alimentos en el estómago provoque la estancación y predisponga á las fermentaciones. Por el contrario, una pequeña cantidad de alimentos, hasta en el hiposténico, puede aún ser digerida por el poco ácido clorhídrico contenido en el órgano, y además cada nueva ingestión acarrea una excitación fisiológica de las secreciones normales; de este modo puede disminuir la producción de las fermentaciones secundarias, que encuentran menos ocasiones de realizarse.

Claro está que, en estos casos, como en todas la enfermedades del estómago, y todavía, si es posible, con mayor oportunidad, los alimentos, carnes ó legumbres, deben prepararse en forma de puré, si el enfermo no tiene buena dentadura, como ocurre las más de las veces.

Deben prohibirse rigurosamente los alimentos y guisos siguientes, porque son agentes ó provocadores de fermentaciones secundarias:

Azúcar, bombones y toda clase de golosinas;

Todas las salsas y condimentos sabrosos;

Col y en general todas las crucíferas y los alimentos que contienen aceites esenciales;

Todos los embutidos y carnes conservadas;

Carne de caza y escabeches;

Todos los mariscos y los alimentos metazimos, incluso el queso;

Cuerpos grásos y frituras de todo género;

Vino y licores, cervezas y sidras.

Sería conveniente suprimir el pan, porque es un gran elemento de fermentaciones secundarias y es causa frecuente de fermentación láctica. Pero como muchos enfermos no pueden prescindir de él, es imposible pedir su supresión absoluta; es necesario cuando menos conseguir que el enfermo disminuya considerablemente el consumo de este alimento y lo

reduzca á un estricto mínimum, no usando más que pan recién tostado. Lo mismo puede decirse de las legumbres feculentas, en particular las alubias, las lentejas y los garbanzos; pueden permitirse las patatas, que tienen mucha celulosa.

También se permitirán los alimentos siguientes:

Carnes y volatería tiernas, muy poco cocidas; huevos frescos;

Sopas de pastas. Cuando se establece el método de las comidas pequeñas, un medio de preparación muy ventajoso y bien aceptado, consiste en añadir á las sopas de pastas puré de carne ligeramente cocida.

Debe suprimirse la leche. Por consiguiente, debe prohibirse á los enfermos el desayuno con café ó chocolate con leche. Puede autorizarse el uso del cacao en polvo lavado y desgrasado, á condición de prepararlo con agua; pero el mejor desayuno es un huevo pasado por agua y una taza de té.

No hay por qué prohibir el café: es un buen tónico gástrico y prestará servicios en los sujetos inclinados á la anemia cerebral.

Si fuera preciso, pero solamente en los enfermos afectos de insuficiencia digestiva y nunca en los hiperesténicos, podrá permitirse después de las comidas, como excitante fisiológico, la cuarta parte de una copita de excelente coñac. A propósito de esto y sin insistir, diré que siempre que se trate de dar á un enfermo alcohol ó vino, hay que escoger vino ó coñac bueno y añejo, y no el llamado alcohol puro de la química; soy, pues, absolutamente contrario á las teorías expuestas por Daremberg, teorías que no vacilo en considerar como paradójicas y de peligrosa aplicación clínica.

Como bebida, se aconsejará un agua mineral ligera, á la cual podrá añadirse un poco de coñac, pero muy poco, aproximadamente el valor de 5 gramos por vaso.

Me ha dado buenos resultados en los hipocondríacos el uso de un agua alcalina artificial. Esta agua debe prepararse del modo siguiente: se disuelven de 2 á 6 gramos de bicarbonato sódico en un litro de agua caliente, se deja sedimentar el bicarbonato de cal que precipita, se decanta y se bebe en las comidas el líquido claro resultante.

Los enfermos aceptan y soportan bien la fórmula siguiente: se toma agua de fuente, buena, ó un agua mineral ligera y agradable, como la de Évian, Saint-Galmier ó Condillac, y se echan en ella una ó dos rodajas de limón. Debe notarse que el ácido cítrico y el limón son los únicos condimentos ácidos que este género de enfermos soportan bien; es éste un hecho que la teoría no explica suficientemente, pero que debe aprovecharse.

C. — MEDICACIONES DE LOS TRASTORNOS POR FERMENTACIÓN

En el tratamiento de los accidentes gástricos que estudiamos, las medicaciones de moda son los alcalinos, los antisépticos, el ácido clorhídrico y el lavado del estómago, que, á pesar del gran eclipse que sufre, goza todavía de favor para algunos médicos. Revisemos los efectos que estos diversos tratamientos pueden producir en los enfermos que sufren trastornos debidos á las fermentaciones.

1.° Alcalinos

Es inútil recordar otra vez que la administración de los alcalinos, y en particular del *bicarbonato de sosa* á dosis altas, muy altas, es el gran caballo de batalla de gran número de médicos, no sólo en caso de fermentaciones viciosas, sino también en el mayor número de las dispepsias.

Para demostrar de una manera ostensible el efecto de los alcalinos en caso de fermentación láctica, la más frecuente de todas, basta recordar el conocido experimento de Bourget. Tomad cierta cantidad del contenido gástrico de un enfermo atacado de fermentaciones; dividid el líquido en dos partes: se satura una con bicarbonato de sosa, se deja la otra tal como está y se colocan los dos vasos en la estufa. Al cabo de tres horas, repetid la dosificación y encontraréis que el vaso que contiene el líquido normal apenas ha variado, pero el vaso en que está el líquido saturado contiene más ácido láctico que antes de la saturación. De modo que con seguridad el ácido nuevo se ha fabricado en el líquido, y por consiguiente la adición de un alcalino ha debido excitar en la masa la producción del ácido anormal. Era de prever este efecto, porque los medios alcalinos son eminentemente favorables á la vida del fermento láctico.

Lo mismo ocurrirá en el estómago, y por tanto conviene no prescribir bicarbonato de sosa *á altas dosis* á los sujetos que tienen fermentación láctica, so pena de exacerbar secundariamente esta misma fermentación.

Sin embargo, es necesario saturar el ácido láctico ó los otros ácidos de fermentación, que provocan síntomas locales, pirosis y reflejos numerosos.

Para obtener la saturación, se empleará el *carbonato de cal*, que no tendrá los inconvenientes del bicarbonato de sosa. Podrá servir la fór-

mula que indiqué para el tratamiento de la hiperestenia, modificada de la manera siguiente:

Creta preparada.	1 gramo
Subnitrato de bismuto.	0 gr. 20 á 0 gr. 60
Clorhidrato de morfina.	0 gr. 001 á 0 gr. 002
Magnesia hidratada.	1 gramo

M. s. a. Para una papeleta que se tomará de una vez en un poco de agua, una ó dos horas después de la comida.

2.° Medicación ácida

El empleo sistemático del *ácido clorhídrico* en las fermentaciones es hoy día una cuestión de práctica ya resuelta. Basta, para convencerse, recordar lo que anteriormente hemos dicho acerca de las fermentaciones en los hiperesténicos. Sin embargo, el ácido clorhídrico puede realmente prestar algunos servicios. Sólo que es necesario distinguir y reconocer primeramente si el jugo gástrico contiene ya ácido clorhídrico libre en exceso, porque en caso de hiperclorhidria, es evidente que sería malo administrar este ácido.

Como quiera que sea, si se hacen dos partes de un líquido gástrico que contenga, por ejemplo, 1,60 de ácido láctico y á uno de los vasos se añade 1 por 1000 de ácido clorhídrico, después de dos horas de permanencia en la estufa, se nota que este último vaso contiene la misma cantidad de ácido láctico, mientras el que se dejó intacto contiene más.

De modo que será útil administrar un vaso de vino de solución clorhídrica al 1 ó 2 por 1000 á la mitad de la comida y otro al terminarla, en caso de hipostenia acompañada de fermentaciones orgánicas.

Por el contrario, cuando las fermentaciones vienen á complicar la hiperestenia, el ácido clorhídrico me parece contraindicado. Pero entonces se podrán utilizar los otros ácidos minerales, como la mezcla de ácido sulfúrico, de ácido nítrico y de alcohol, cuya fórmula puede verse en la pág. 252, al estudiar el tratamiento de la hiperestenia, puesto que esta medicación ácida tiene la doble ventaja de inhibir la secreción del ácido clorhídrico y oponerse á las fermentaciones orgánicas. Como, según resulta de mi experiencia, el caso á que aludo es el más frecuente, las más de las veces habrá que recurrir á esta medicación ácida. Se administrará inmediatamente después de las comidas, á la dosis de una cucharada sopera, que según los casos se podrá repetir una ó dos veces con un cuarto de hora de intervalo.

3 ° Medicación antiséptica

Sin repetir aquí las consideraciones expuestas anteriormente acerca de la inutilidad ó de los inconvenientes de los antisépticos clásicos en el tratamiento de las fermentaciones gastro-intestinales, diremos solamente que, para practicar una antisepsia verdadera, sería necesario emplear tales dosis de los medicamentos, que en seguida resultaría cohibida la función péptica. Por esto rechazo el empleo del *naftol*, del *benzonaftol*, del *betol*, del *salicilato de bismuto*, del *salol*, etc., á las dosis en que hoy se prescriben. Estos medicamentos no convienen en modo alguno á los hiperesténicos, cuyas vías digestivas irritan, sin evitar sus otros inconvenientes, como el referido en la curiosa observación del doctor Brossard (del Cairo), que ha visto sobrevenir graves accidentes de obstrucción intestinal después del uso del salol. A lo sumo pueden aconsejarse dosis mínimas de naftol-β, 10 centigramos aproximadamente, al final de las comidas; con esta dosis cuando menos se está seguro de no producir ningún daño.

Lo que hace falta buscar son agentes medicamentosos capaces de cohibir la acción de los fermentos figurados sin obrar al mismo tiempo sobre los fermentos solubles, sobre las zimasas, que son los agentes indispensables de la digestión normal. En este orden de ideas, he propuesto utilizar el *fluoruro de amonio*, muy usado en las industrias de la cerveza y en las destilerías para detener la fermentación láctica. A la dosis de 1 por 1000, esta sal goza de la propiedad de suspender el desarrollo del fermento láctico. Prescribo que el enfermo tome, después de cada comida, una cucharada regular de la siguiente solución:

Agua destilada.	300 gramos
Fluoruro de amonio.	1 —

Disuélvase.

Si, conforme he indicado, el enfermo no hace más que comidas cortas y repetidas, sólo se le prescribirá una cucharada de café de dicha solución después de cada comida.

En el mismo orden de hechos, me ha prestado también grandes servicios el *azufre yodurado* núm. 2, preparado por el profesor Sr. Prumier, administrándolo al final de cada comida, en obleas de 0^{gr},10 á 0^{gr},30, sobre todo cuando las fermentaciones se acompañan de gran desarrollo de gases.

Por último, aconsejo también el *yoduro doble de bismuto y de cinconidina*, que he introducido en la terapéutica con el nombre de *eritrol*.

Esta sal, que se presenta en forma de polvo rojo intenso, insoluble en el agua é inodoro, conviene sobre todo en caso de fermentaciones butíricas. Se prescribirá del modo siguiente:

Eritrol	0 gr. 02 á 0 gr. 10
Fluoruro de calcio.	0 gr. 02 á 0 gr. 10
Magnesia calcinada.	0 gr. 10

Mézclese exactamente. Para una oblea. Tómese una oblea al final de cada comida.

El *naftol-β* puede prestar servicios, con tal de emplearlo en dosis muy pequeñas (0gr,05 á 0gr,10) al final de las comidas:

Naftol-β	0 gr, 10
Carbón de álamo.	0 gr. 50

Mézclese exactamente. Para una oblea. Una oblea al final de las comidas

Estos diversos medicamentos están también indicados en caso de flatulencia y contra la fetidez del aliento, y en este último caso hay que vigilar atentamente la exoneración del vientre.

4.° Lavado del estómago

El lavado del estómago ha sido muy empleado sistemáticamente en las fermentaciones anormales y, como era de prever, no ha dado más que escasos resultados. En efecto, este procedimiento sólo puede ser útil como evacuante, en los casos de estancación en que el bolo alimenticio se vea en la imposibilidad de salir del estómago á tiempo. Pero el lavado previo no puede proporcionar mejoría ninguna, puesto que los fenómenos que se trata de combatir no se producen hasta después de la ingestión de los alimentos.

Por consiguiente, reservaremos el lavado del estómago para los casos accidentales en que nos las hayamos con enfermos cuyo estómago esté muy distendido, atacados de crisis violentas y en los cuales la evacuación del estómago por el píloro es muy difícil ó muy tardía. Entonces, para cortar la crisis y remediar la estancación, valdrá más vaciar el órgano con la sonda y practicar en seguida un lavado, que terminará por la administración de calmantes. Pero no hay que decir que esto no es un tratamiento verdadero de las diversas fermentaciones que pueden ocurrir en el estómago de un dispéptico.

Para hacer este lavado, se han empleado los más variados líquidos: *agua de Vichy*, solución de *bicarbonato de sosa*, de *sulfato de sosa* al 6 por 100, de *timol*, (0,50 por 100), *ácido bórico* (3 por 1000), *salicilato de sosa* (2 por 1000), *resorcina* (2 á 3 por 1000), *ácido fénico*,

permanganato de potasa, agua naftolada, agua clorofórmica, lechada de bismuto (20 por 500), *ácido clorhídrico* al 2 por 1000, etc.

Se practica el lavado en ayunas.—Tiene dos indicaciones: vaciar el estómago cuando no se vacía espontáneamente y calmar los dolores que no se atenúan por otros medios. Favorece la exoneración del vientre, pero disminuye el apetito y no mejora la digestión gástrica. Está también indicado en las enormes distensiones que dependen de una contractura del píloro ó de una degeneración de las fibras musculares lisas del estómago (dilatación verdadera), cuando el órgano está en la imposibilidad de evacuarse y los productos de las fermentaciones viciosas que en él se estancan engendran accidentes de intoxicación.

5.° Tratamiento de los fenómenos de flatulencia

Es evidente que contra la flatulencia común de los dispépticos, es decir, la que realmente depende de los gases de fermentación, flatulencia relativamente poco abundante y casi soportable, no hay que hacer otra cosa que moderar la fermentación misma con ayuda de los medios ya indicados, asociándoles el *carbón*, cuya utilidad no hay para qué demostrar.

Pero cuando se trata de enfermos afectos de esa flatulencia refleja explosiva que tortura al paciente, es necesario intervenir de una manera especial y más decisiva.

En estos casos, la irritación gástrica acarrea cierta paresia motriz de las capas musculares del estómago, en virtud de la cual disminuye la presión que éstos ejercen sobre los capilares y hay exósmosis de los gases de la sangre.

Entonces el estómago se llena de gases que lo distienden de una manera atrozmente penosa para el enfermo; en cuanto el órgano se vacía por eructos, se llena de nuevo, y así dura esta escena horas enteras, de ordinario hasta que una indigestión con vómitos desembaraza al estómago de los alimentos que lo rellenan.

Para obviar estos inconvenientes, es necesario que el enfermo tome el hábito de vaciar el estómago de los gases que lo ocupan, cosa á las veces difícil y que no se consigue sino por una verdadera gimnasia. Es preciso abrir el esófago ingurgitando un poco de aire y bajando y levantando sucesivamente la cabeza. Una vez abierta la salida, los gases se escapan con ruido pero sin dolor. La operación debe practicarse antes de que la tensión gástrica sea demasiado fuerte, porque entonces ya es más difícil de realizar. Una vez acostumbrados á este ejercicio, los enfermos pueden llegar hasta arrojar voluntariamente el bolo alimenticio y vale

más que lo hagan en cuanto la abundancia de los eructos demuestra que la digestión no se efectuará normalmente, porque tres ó cuatro horas después de la comida la expulsión se hace nauseosa y por consiguiente penosa. En cambio, cuando la regurgitación se hace al principio, apenas es desagradable.

En cuanto esté desocupado el estómago, el enfermo tomará una de las obleas compuestas con *creta preparada* que antes indicamos, y descansará. Es raro que al cabo de una ó dos horas no se deje sentir la necesidad de alimentos; entonces tomará un vaso de *leche* con *agua de cal*. Se advertirá que aquí indico la leche después de haberla proscrito del régimen; pero es porque nos las habemos con una crisis aguda en cuyo curso difícilmente se toleraría otro alimento.

Si la crisis es muy dolorosa y se acompaña de jaqueca, como ocurre en las grandes fermentaciones de los hiperesténicos, es preferible abreviar la situación administrando un hipnótico, siendo entonces útil, como hace tiempo aconsejó Bardet, administrar el *hipnal*, que es una combinación definida de cloral y antipirina, no irritante, con preferencia al cloral, que siempre irrita al estómago con gran detrimento de la mucosa. El enfermo durmiendo cesa de sufrir y cuando se despierta ya está terminada la crisis.

C. — TRATAMIENTO HIDROMINERAL

La naturaleza de la dispepsia, asociada á las fermentaciones, será la que decida el empleo de tal ó cual cura termal.

Sin embargo, *Vichy*, *Pougues*, *Saint-Nectaire*, *Carlsbad* y *Cauterets*, son los establecimientos más indicados para el tratamiento interno, de igual modo que *Plombières*, *Ragatz*, *La Malou*, *Gastein*, etc.; y las aguas clorurado-sódicas fuertes de *Biarritz*, *Salies*, *Rheinfelden*, etc.

XIV

Tratamiento de las complicaciones y de las diversas repercusiones de las dispepsias

Todas las variedades de dispepsias que acabamos de estudiar, y, en primera fila, el grupo de las hiperestenias, pueden ocasionar desórdenes extremadamente numerosos de parte de los distintos órganos y del estado general, que implican tratamientos particulares ó modificaciones de los tratamientos antidispépticos, y pueden curarse observando estricta-

mente estos últimos. No es siempre fácil decidir si el estado dispéptico es causa ó consecuencia de las perturbaciones en cuestión, como demuestra la neurastenia, tenida por muchos médicos como entidad morbosa mientras la dispepsia no sería más que una de sus manifestaciones. Pero en todo caso, estos trastornos, cualesquiera que sean, engendrados por la dispepsia ó sólo agravados por ella, exigen un tratamiento gástrico común á todos, y tratamientos apropiados á cada uno de ellos.

A. — COMPLICACIONES Y REPERCUSIONES INTESTINALES

Las más importantes son: la enterocolitis mucomembranosa, el infarto cecal, la diarrea y las hemorroides.

1.° Enterocolitis mucomembranosa

Se ha combatido con el *opio* (Siredey), los *purgantes salinos* y las fricciones sobre el vientre con *aceite de crotón* (Wannebroucq), el *licor de Fowler* (Williams, de Costa, Findley), las *aguas de Barèges*, asociadas á los *purgantes salinos* (Le Bret), los *enemas de nitrato de plata*, el *clorato de potasa* (de Courval), el *bicloruro de mercurio* (Guéneau de Mussy), los enemas con *creolina*, etc. —Cuando depende de la hiperestenia, se cura por medio de las *grandes irrigaciones rectales*, el uso regular del *aceite de ricino* asociado á una pequeña cantidad de *extracto de belladona*, con la condición de que al mismo tiempo se siga el régimen y el tratamiento de la enfermedad causal.

Se recomendará con insistencia el uso de la carne cruda, diluída en caldo de pollo, y de un agua bicarbonatada cálcica, como *Pougues* ó *Condillac*, durante las comidas, y después de éstas, infusiones calientes. Están singularmente indicados los tratamientos termales en *Plombières* y *Châtel-Guyon*.

2.° Accidentes apendiculares

He tenido ocasión de observarlos 82 veces en 1,585 casos de hiperestenia gástrica, ó sea en el 5 por 100 de los casos. Siempre van precedidos ó acompañados de una coprostasis local especial, formada por materias ácidas, ricas en principios nitrogenados y minerales, de igual modo que la enterocolitis mucomembranosa va precedida de coprostasis cólica é ilíaca (1).

Su tratamiento profiláctico consiste en tratar la hiperestenia causal y

(1) ALBERTO ROBIN.—La apendicitis. Patogenia y tratamiento profiláctico (*Bulletin de l'Académie de Médecine*, tomo XXXVII, pág. 448, 13 Abril de 1897).

combatir constantemente la coprostasis. El *aceite de ricino con belladona* (III gotas de *tintura de belladona* para una cucharada de postres de aceite de ricino), los *calomelanos*, las *irrigaciones rectales*, el *masaje suave* del colon, son los mejores coadyuvantes del tratamiento gástrico.

Si el ciego está sensible á la presión, lo mejor es atenerse al aceite de ricino con belladona ó á los calomelanos. Sobre la región cecal, se aplicará *ungüento mercurial con belladona*, cubriéndolo con una cataplasma.—Prescríbase el *régimen lácteo absoluto*.

Si el dolor cecal toma los caracteres de una crisis apendicular, practíquese una inyección subcutánea de *clorhidrato de morfina* ó aplíquese el siguiente linimento con opio y belladona:

Bálsamo tranquilo		40 gramos
Extracto tebaico	aa.	2 —
— de beleño		
— de belladona		
Cloroformo		10 —

H. s. a. Linimento.

Para evitar la acción constipante de la morfina en el caso de tener que emplearla muchos días seguidos, se la reemplazará por la *codeína:*

Codeína	0 gr. 03
Extracto de genciana	c. s.

H. s. a. una píldora. Para tomar una píldora cada tres horas.

Una vez despejado el intestino, se extremarán las precauciones para evitar la repetición de la coprostasis, insistiendo en la necesidad de una deposición cotidiana y suficiente, provocada si fuere preciso por medio de enemas, aceite de ricino ó cualquiera de los laxantes antes citados (véase pág. 208).

La medicación antiséptica es inútil. La mejor manera de hacer la antisepsia del intestino es expulsar las materias que en él fermentan; los laxantes, las irrigaciones cumplen perfectamente el objeto.

Los purgantes deben ser empleados desde el principio de los accidentes apendiculares. Rechazo el empleo de los opiados como agentes destinados á inmovilizar el intestino; sólo se les empleará para calmar el dolor.

Una vez desaparecidos los accidentes, se aconsejará una temporada en *Châtel-Guyon*.

3.° Diarrea

Antes de tratar la diarrea será preciso cerciorarse de que no depende del estreñimiento. Esta especie de diarrea sobreviene por despeños, expulsa con los líquidos bolas duras y negruzcas; la palpación del abdo-

men revela la coprostasis. La diarrea que debe cuidarse es la que depende de la dispepsia intestinal, complicación de la dispepsia gástrica.

Aparte de las habituales precauciones de higiene, del régimen estrictamente seguido y del cual se eliminarán durante algún tiempo las verduras, las frutas, las bebidas alcohólicas, recomendando un régimen nitrogenado frugal (leche, huevos frescos, carne cruda ó asada), se darán en uno ó dos días, según el grado de la diarrea, los siguientes bolos:

Diascordio.	aa..	4 gramos
Subnitrato de bismuto.. . .		

Mézclese exactamente y divídase en veinte bolos.

Estos bolos deberán tomarse preferentemente antes de las comidas y dos á tres horas después. Después de los que se tomen en los intervalos de las comidas, se dará la infusión siguiente:

Raíz de fresa silvestre.	1 gr. 50
Agua hirviendo..	125 gramos

Infúndase durante veinte minutos.

Otro medio sencillo consiste en diluir un gramo de *subnitrato de bismuto* con VI gotas de láudano ó XX gotas de *elíxir paregórico inglés* en dos cucharadas grandes de agua, que se tomarán inmediatamente antes de las comidas.

Si estos medios son insuficientes, se prescribirá la *mixtura ácida de Coutaret,* á la dosis de una á dos cucharadas regulares después de la comida.

En las formas más graves, el *polvo de Trousseau:*

Calomelanos al vapor.. . .	aa.	0 gr. 05
Extracto tebaico.		
Polvo de ipecacuana.		0 gr. 25

Mézclese exactamente y divídase en diez papeletas. Tres ó cuatro papeletas al día.

Al mismo tiempo *enemas almidonados,* ó de *agua de brea* ó de *ácido bórico.*

En los casos excepcionalmente rebeldes, se usarán con precaución el cocimiento de *ipecacuana á la brasileña* ó el enema de ipecacuana:

Ipecacuana quebrantada.	2 gramos
Agua.	150 —

Hiérvase durante un cuarto de hora. Tamícese y añádanse VI gotas de láudano.

4.° Hemorroides

No hay nada especial que añadir á los tratamientos clásicos (véase *Tratamiento de las hemorroides* en el tomo IV, pág. 546).

Vigílese el estreñimiento.—Para combatir los dolores hemorroidales, unciones con la *pomada de brea*, el *ungüento populeón* ó la *pomada de Coutaret:*

Ungüento populeón.	30 gramos
Extracto de ratania.	2 —
— tebaico.	0 gr. 50
Clorhidrato de cocaína.	0 gr. 75

H. s. a. Pomada.

Gozan de un prestigio merecido el *extracto de capsicum annuum* en píldoras de 0gr,20, el *extracto de castañas de India* asociado al *extracto flúido del hydrastis canadensis* si hay hemorragia.

B. — COMPLICACIONES Y REPERCUSIONES HEPÁTICAS

Hipertrofia funcional del hígado.—Cirrosis dispéptica

Las repercusiones hepáticas de las dispepsias son la hipertrofia funcional y variable del hígado, que coincide ó no con un tinte amarillento de la piel y de las conjuntivas sin urobilinuria, la congestión hepática y la cirrosis dispéptica.

Hanot y Boix atribuyen estas complicaciones á la acción de las toxinas estomacales acarreadas por la vena porta. Pero la existencia de tales toxinas dista mucho de estar demostrada; las investigaciones que he emprendido con Küss tienden á demostrar que su presencia en el estómago es excepcional. Es mucho más probable que la hipertrofia funcional del hígado, tan frecuente que forma parte habitual de la sintomatología de la hiperestenia, sea debida á la excitación del hígado por el paso constante de un quimo hiperácido sobre la ampolla de Vater. Este contacto acarrea una hipersecreción biliar repetida y consecutivamente una hipertrofia funcional del hígado. La frecuencia de la hipertrofia hepática en la hiperestenia pura, su variabilidad, su desaparición cuando la enfermedad mejora, su rareza en las dispepsias con fermentaciones unidas á las insuficiencias, son otras tantas pruebas en apoyo de esta manera de ver.

Admitida esta patogenia, el mejor modo de tratar estos accidentes hepáticos consiste en combatir la hiperestenia causal y saturar los ácidos que van á excitar reflejamente el hígado al pasar por el duodeno. Por lo tanto, se administrará sistemáticamente, tres horas después de las comidas, una oblea de los *polvos compuestos con magnesia;* se remediarán las fermentaciones lácticas por el empleo del *naftol* á dosis muy pequeñas, del *azufre yodurado* ó del *fluoruro de amonio*, las fermentaciones

butíricas por el *eritrol*. Si el estado hepático cuenta ya alguna fecha, empléese el *ácido arsenioso*, que á la dosis de 1 á 2 miligramos al día, obra como moderador del hígado. Las curas de *Vichy*, *Carlsbad*, *Brides*, *Homburg*, completarán el tratamiento.

Creo que la *glucosuria* es un accidente bastante común de la hiperestenia gástrica. Esta glucosuria, mínima al principio y sólo apreciable en la orina de la digestión, ha tomado en algunos casos la marcha de la diabetes verdadera.

Se la reconocerá por los siguientes signos: síntomas de hiperestenia, hígado voluminoso sensible á la percusión, 2 á 10 gramos de glucosa por litro en la orina de la digestión, ausencia de glucosa en la orina del ayuno. La atribuyo á una hiperactividad hepática provocada, como la hipercolia y la hipertrofia del órgano, por la excitación ácida del duodeno y de la ampolla de Vater. De modo que es distinta de la glucosuria alimenticia, signo de insuficiencia hepática.

Esta patogenia explica la posible transformación de esta glucosuria en diabetes, cuando el hígado continúa por su cuenta la excitación que empezó siendo refleja. Y de tal patogenia deriva también la terapéutica: *régimen lácteo absoluto*, empleo prudente de los moderadores de la actividad hepática (*ácido arsenioso, antipirina, carbonato de litina, valeriana, codeína, opio, belladona*, etc.). Se comenzará por el *régimen lácteo* y el tratamiento estricto de la hiperestenia, que bastarán para hacer desaparecer la glucosuria. Sólo cuando fracasen, se empleará el método antidiabético.

C. — COMPLICACIONES Y REPERCUSIONES CARDÍACAS

Son las palpitaciones, las intermitencias, la aritmia, las crisis sincopales, las crisis seudoanginosas y los accesos de disnea. Estos accidentes han sido atribuídos á la presión mecánica ejercida sobre el corazón por el estómago distendido, á una autointoxicación, á un reflejo pneumogástrico, á un espasmo del corazón, á la anemia general, á la anemia bulbar, etc.

Sea de todo ello lo que quiera, su tratamiento exige ante todo la rigurosa aplicación de la higiene, de las diferentes etapas del régimen y de las medicaciones de la hiperestenia, para alejar las causas provocadoras del acceso. Se suprimirá el vino, todos los alcoholes, el té, el café, el tabaco; se reducirán al mínimum los feculentos y el pan. La comida de la noche será siempre muy moderada y nunca figuraráu en ella la carne ni aun el pescado.—Insístase en los *laxantes*.

Es preciso abstenerse rigurosamente de la digital y de los llamados medicamentos cardíacos.

En cuanto note la primera sensación cardíaca, el enfermo, en lugar de acostarse ó echarse, caminará lentamente ó dará un paseo en coche, á menos de que el movimiento acelere su crisis. Se le hará una fricción sobre la región precordial con *tintura etérea de digital*, ó con la *pomada de Botkin* (1) y al mismo tiempo se le dará una *perla de éter* para provocar eructos y se le hará inhalar *éter*. También será útil la inhalación de unos cuantos litros de *oxígeno*. Constituyen buenos medios coadyuvantes las fricciones cutáneas con un linimento excitante, los maniluvios muy calientes, la sinapización del hueco epigástrico, las inhalaciones de *yoduro de etilo*.

Luego se dará una cucharada grande de la poción siguiente:

Bromuro de potasio.	6 gramos
Agua de laurel-cerezo.	10 —
Jarabe de éter.	30 —
Hidrolato de valeriana.	110 —

H. s. a. Poción. Una cucharada grande cada dos horas, hasta que cese la crisis.

Se puede alternar esta poción con el *valerianato amónico* administrando media cucharada de café.

Cuando tienden á hacerse permanentes los accidentes del resentimiento cardíaco, se aconsejará al enfermo que suspenda todas sus ocupaciones y vaya á instalarse en el campo, lejos de sus habituales quehaceres, preferentemente á una altura de 400 á 600 metros, en una comarca seca, y allí irse entrenando progresivamente. He asistido á una señora alemana afecta de aritmia y de accesos seudoanginosos de origen gástrico, que resistieron al régimen y á las más variadas medicaciones y curaron rápida y definitivamente gracias á la cura de Ertel. Otro enfermo se restableció en *Saint-Nectaire*.

D. — COMPLICACIONES Y REPERCUSIONES RENALES Y URINARIAS

1.º Albuminuria

Se ha hablado desde hace mucho tiempo de las albuminurias de origen dispéptico, que forman uno de los grupos más indiscutidos entre las albu-

(1) Pomada de Botkin:

Veratrina.	0 gr. 15
Extracto tebaico.	0 gr. 75
Esencia de trementina.	2 gramos
Esencia de menta piperita.	XII gotas
Manteca con benjuí.	30 gramos

H. s. a. Pomada.

minurias funcionales (1); pero todavía no se han discutido los caracteres clínicos que permiten distinguirlas con seguridad, porque no basta la coincidencia de una albuminuria aunque sea mínima, con trastornos dispépticos para subordinarla inmediatamente á ellos. Y como en la albuminuria dispéptica, un tratamiento bien dirigido resulta de ordinario curativo, importa mucho saber diagnosticarla bien, con mayor motivo aún, estando como yo estoy íntimamente convencido de que estas albuminurias, que empiezan siendo funcionales y secundarias, pueden á la larga hacerse lesionales y conducir á una de las formas de la enfermedad de Bright.

La albuminuria dispéptica, ó pasa inadvertida, ó es considerada como lesional y brightica, ó es tratada como albuminuria cíclica, intermitente ó fisiológica (2). Es lo bastante frecuente para que yo la haya observado en la décima parte de los casos de hiperestenia gástrica. No tiene relación ninguna con la hipertrofia del hígado.

Los siguientes caracteres permiten reconocerla:

1.° Coincidencia de la albuminuria y de los signos esenciales de la hiperestenia gástrica (exceso de ácido clorhídrico en el contenido gástrico, conservación ó exageración del apetito, coincidiendo con el aspecto deprimido ó demacrado del sujeto, distensión variable del estómago, hipertrofia funcional y variable del hígado, coprostasis, crisis gástricas).

2.° Cantidad de albúmina que varía entre imponderables vestigios y 1 gramo, rara vez $1^{gr},50$, pero nunca más. De ordinario la cantidad oscila de algunos centigramos á $0^{gr},50$. De modo que es una albuminuria mínima.

3.° Esta albúmina está únicamente formada por serina. Cuando se encuentra globulina, no pasa de imponderables vestigios (Alberto Robin y Cloetta).

4.° Coexistencia frecuente de la fosfaturia.

5.° Urea aumentada, elevación del coeficiente de oxidación nitrogenada; disminución del quimismo respiratorio (Alberto Robin y Mauricio Binet).

6.° Coexistencia de una glucosuria pasajera en la décima parte de los casos.

7.° De ordinario sólo se encuentra albúmina en la orina de la diges-

(1) Véanse las notabilísimas ponencias de Arnozan y Talamon en el Congreso de Nancy, de 1896.

(2) He combatido vivamente esta pretendida variedad de la albuminuria funcional. No existe albuminuria fisiológica. Todas las que he observado ó que me han referido para que las juzgara eran de origen dispéptico ó fosfatúrico (Alberto Robin).—De las albuminurias fosfatúricas. (*Bulletins de l'Académie de médicine*, 1891).

tión ó después de andar. Por la mañana, después del ayuno y el reposo de la noche, falta casi siempre la albúmina.

8.° Si se somete el enfermo á guardar cama durante algunos días, sin levantarse para nada, la albúmina desaparece totalmente, hasta en la orina de la digestión.

9.° El sedimento urinario contiene á menudo ácido úrico ó uratos, pero no verdaderos cilindros.

Reconocida la albuminuria gástrica, se someterá el enfermo al régimen lácteo absoluto durante veinticinco ó treinta días, haciéndole seguir al mismo tiempo el tratamiento de la hiperestenia con las gotas compuestas con *solanina,* antes de las tomas de leche; la *pepsina,* después de la ingestión de la leche; las obleas compuestas con *magnesia hidratada* á la menor sensación de peso estomacal, de acedías ó de pirosis; las píldoras purgantes con *áloes*. Al mismo tiempo se prescribirá el reposo en la cama, ó cuando menos una larga permanencia en la cama y un mínimum de movimiento, con la obligación de echarse, después de cada toma de leche, y permanecer así más de media hora, con un aparato de circulación de agua caliente sobre el estómago.

El segundo período del tratamiento comprende el régimen lácteo y vegetal, con huevos pasados por agua como único alimento animal. Durante este período se procura atenuar el tratamiento medicamentoso.

En el tercer período se suspende la leche, se introducen en la alimentación algunos pescados, como el sollo y la merluza, luego la carne de buey asada ó el pollo, dejando en gran predominio la alimentación vegetal. Como bebida, agua de *Condillac* pura ó con un poco de vino blanco ó tinto. Entre las dos primeras comidas, á igual distancia de una y otra, 250 gramos de agua de *Saint-Nectaire,* de los manantiales de Saint-Césaire ó Maurange, en dos veces, con un cuarto de hora de intervalo.

Después de estos tres períodos, es raro que no haya desaparecido la albuminuria, ó que cuando menos no se haya hecho excepcional. Entonces se aconsejará una cura de agua de *Saint-Nectaire* á domicilio, á menos que la estación permita hacerla en el establecimiento. Y durante muchos años se repetirán estas temporadas, hasta que haya transcurrido un año entero sin que reaparezca la albuminuria.

Si no desaparece la albúmina después de este tratamiento, se seguirán las indicaciones que se dieron al tratar las *albuminurias fosfatúricas* en el tomo I, pág. 152.

Si no hay fosfaturia, se volverá poco después al régimen normal, y

esto permitirá intentar la medicación ácida por el *ácido sulfúrico* y el *ácido nítrico alcoholizados* (véase pág. 204).

El fracaso de este tratamiento obligará á intentar la llamada cura de lavado en *Évian* ó en *Contrexéville*, sobre todo si la orina contiene un sedimento úrico ó urático.

Por último, cuando la albuminuria persiste á pesar de todo, hecho que es excepcional, se debe proseguir enérgicamente el régimen y ensayar la *medicación ferruginosa* (hierro reducido por el hidrógeno) ó la *medicación tánica*.

2.° Emisiones lechosas. — Arenillas y cálculos fosfáticos. — Hematuria

Esta complicación de la hiperestenia, bastante frecuente, no había sido mencionada todavía (1). Se presenta bajo tres variedades:

En la primera, que es la más atenuada, los enfermos se quejan de sufrir emisiones lechosas, con peso en la región lumbar y tenesmo vesical. Hay debilidad intelectual, vértigos, amnesia, depresión é irritabilidad nerviosa, insomnio, intermitencias cardíacas, flojedad física.

En la segunda variedad, la emisión lacticinosa va acompañada de formación de masas calculosas, blancas como la creta, de consistencia pastosa, que, al expulsarlas, causan vivos dolores y verdaderas crisis.

En la tercera, que no es más que un período más avanzado de la afección, hay además hematurias.

El tratamiento de esta afección comprende muchas etapas.

A.—*Primera etapa*.—Tratamiento metódico de la hiperestenia gástrica, comenzando por el período del régimen lácteo absoluto, que deberá prolongarse por espacio de unas cuatro semanas.

B.—*Segunda etapa*.—Suspender los medicamentos de la primera etapa; insistir en la alimentación nitrogenada, las legumbres verdes y las frutas, reduciendo los feculentos y los azúcares, escoger los alimentos más ricos en fosfatos y en potasa, autorizar la mantequilla cruda, que mengua la desasimilación fosfática.

Comenzar en este momento la medicación ácida, dando después de cada comida una y luego dos cucharadas grandes de la *mixtura ácida de Coutaret*, cuya dosis puede ascender, según los casos, hasta seis y aun ocho cucharadas por día. Continuar hasta que la orina sea ácida en el momento de su emisión.

(1) Alberto Robin. — *Traitement des maladies de l'estomac*. Capítulo X (en preparación).

C. — *Tercera etapa.* — Entonces se suspende la medicación ácida y se comienza la medicación *arsenical:*

Arseniato sódico.	0 gr. 05
Agua destilada..	300 gramos

Disuélvase. Una cucharada mediana al principio del almuerzo y de la comida, mezclando la dosis con igual cantidad de leche para evitar la acción directa del medicamento sobre la mucosa gástrica.

Luego se ensayarán los *hipofosfitos* ó los *glicerofosfatos,* según la tolerancia estomacal, siendo de más fácil tolerancia los glicerofosfatos que los hipofosfitos. Son de la mayor eficacia las *inyecciones subcutáneas de glicerofosfato de sosa.* En esta etapa del tratamiento, dan muy buenos resultados las *inhalaciones de oxígeno.*

D. — *Cuarta etapa.* — Las más de las veces es superflua. Pero si los enfermos quedan pálidos y atónicos y el estómago es tolerante, se dará la *medicación ferruginosa,* cuyos agentes mejor tolerados son el *hierro reducido por el hidrógeno,* el *tartrato de hierro y de potasa,* el *carbonato* y el *citrato de hierro.* Yo he prescrito á menudo la fórmula siguiente:

Citrato de hierro ó tartrato férrico-potásico. . .	0 gr. 10
Extracto de nuez vómica..	0 gr. 0025
Polvo de opio.	0 gr. 01
Polvo de ruibarbo.	0 gr. 05
Extracto de genciana.	0 gr. 08

Para una píldora. — Para tomar una píldora á la mitad de las dos comidas principales.

E. — *Quinta etapa.* — *Hidrología.* — Hidroterapia por la ducha escocesa. — Para los artríticos, cuyo coeficiente de oxidación nitrogenada está disminuído: *Brides, Saint-Nectaire, Royat.*

Para los enfermos muy excitables: *Plombières, Néris, Badenweiler, Schlangenbad, Ragatz.*

Para los enfermos deprimidos: *Biarritz, Salies-de-Béarn, Salins, Rheinfelden.*

E. — COMPLICACIONES Y REPERCUSIONES DE PARTE DEL SISTEMA NERVIOSO

1.° Vértigo estomacal

Hoy, que todo lo domina la teoría de la auto-intoxicación, quiere explicarse por esta patogenia el vértigo estomacal y oponerle la antisepsia del estómago como medio absoluto de tratamiento. Lo que demuestra lo infundado de esta teoría, es precisamente el constante fracaso de esta pretendida terapéutica patógena. En esta vía, M. Bovet ha llegado

á declarar que el vértigo estomacal era debido al ácido etilaceto-cianhídrico, producto último de la digestión viciada. Por el contrario, todo concurre á hacer de este accidente un simple fenómeno reflejo.

Trousseau ha dado de él un tratamiento excelente, que consiste en administrar antes de las comidas la *maceración de cuasia* y después de las comidas un papel con *magnesia* y *bicarbonato sódico*. Quizás es preferible la fórmula de Guéneau de Mussy:

Magnesia calcinada.		0 gr. 30
Creta preparada..	aa. . . .	0 gr. 20
Bicarbonato sódico..		
Polvo de nuez vómica.		0 gr. 03
Polvo de raíz de belladona.		0 gr. 02

Mézclese exactamente. Para un papel. Dése un papel inmediatamente después de la comida.

En los individuos muy nerviosos, el medio paliativo que debe emplearse en el momento de la crisis vertiginosa es la *poción bromurada y etérea* (véase pág. 260).

En todos los casos insisto en la supresión absoluta del *tabaco*, el régimen seco para el desayuno, la suspensión de las ocupaciones habituales, la permanencia en el campo y el ejercicio progresivo.

En algunos casos, el vértigo cede regularizando la exoneración del intestino, y de ahí la utilidad de los *enemas cuotidianos* y de los *laxantes*.

Coutaret recomienda con razón el *valerianato de amoníaco* y los *bolos antiespasmódicos de Buchon*, cuya composición es la siguiente:

Serpentaria de Virginia.		4 gramos
Alcanfor pulverizado.	aa. . . .	0 gr. 50
Asafétida..		
Extracto tebaico.		0 gr. 05
Rob de saúco.		c. s.

Con esta cantidad h. s. a. 24 bolos. Tres ó cuatro bolos cada diez horas.

Deben dominar toda la terapéutica, el tratamiento de la hiperestenia causal, el régimen y la higiene.

2.° Jaqueca. — Neuralgias

Los mejores tratamientos profilácticos que se les pueden oponer consisten en la higiene y el régimen. Estos accidentes se atenúan y desaparecen rápidamente durante la primera etapa del tratamiento de la hiperestenia.

Una vez comenzado el ataque de jaqueca, sólo termina cuando se

vomita el contenido hiperácido del estómago. Pero es posible contenerlo en las primeras manifestaciones, ya sea ingiriendo un papel de *polvos compuestos de magnesia*, ya tomando una de las siguientes obleas:

Antipirina	0 gr. 50
Bromuro de potasio	0 gr. 50
Clorhidrato de cocaína	0 gr. 01
Cafeína	0 gr. 02
Polvo de Paullinia sorbilis	0 gr. 30

Mézclese exactamente y hágase un papel ó una oblea.

El *lavado del estómago* con agua de Vichy, se reservará para los casos rebeldes.

Respecto á las neuralgias, y las más frecuentes de ellas, la neuralgia intercostal y la ciática, no resisten á las *inyecciones subcutáneas de glicerofosfato de sosa* (1).

3.° Neurastenia gástrica

Los accidentes neurasténicos de origen gástrico, tan múltiples en sus expresiones y sus asociaciones, son muy á menudo la desesperación de la terapéutica. Cuando se ve la neurastenia ó un grupo de síntomas neurasténicos asociados á una dispepsia, se debe comenzar por tratar la dispepsia, prescribiendo el uso continuo del cinturón hipogástrico conocido con el nombre de *cinturón tipo n.° 1 del Hospital de la Piedad*.

Si este tratamiento no modifica en nada el estado neurasténico, se ensayarán las *inyecciones subcutáneas de glicerofosfato de sosa*, asociadas al uso de los *glicerofosfatos* al interior, ó á los *polvos con magnesio metálico* (véase la fórmula en la pág. 213), aconsejando á los enfermos que abandonen su vida habitual y se instalen una temporada en el campo.

En caso de fracasar, se hará todavía una tentativa medicamentosa con las preparaciones *ferruginosas* y *arsenicales* asociadas; después de esto se suspenderá definitivamente toda medicación, y no se aconsejará ningún agua hidromineral en bebida, ateniéndose á los tratamientos balnearios y climáticos.—A partir de este momento, deben constituir todo el tratamiento, la higiene, el régimen y la medicación por los agentes físicos. No puedo indicar aquí los detalles de este tratamiento, que se expondrá detalladamente en el capítulo NEURASTENIA de uno de los tomos siguientes, y debo limitarme á breves indicaciones:

1.° *Régimen de Leven.*—Tres comidas moderadas, á horas fijas, y

(1) BILLIARD.—*Traitement de la sciatique par la méthode hypodermique et en particulier par les injections sous-cutanées de glycérophosphate de soude* (procedimiento de ALBERTO ROBIN). Tesis de París, 1896.

compuestas de sopa, leche, huevos frescos, feculentos en puré, legumbres y frutas cocidas. Suprimidos el buey y el carnero. Carne blanca sólo una vez al día (ternera, volatería, pescado magro).

2.° Un enema copioso de agua templada por la mañana en ayunas.

3.° Al acostarse, un enema corto, que debe retenerse, con *cocimiento de tilo* y *hojas de naranjo*, adicionado de una ó dos cucharadas de café de *valerianato de amoniaco*.

4.° Hidroterapia metódica conforme el método de Glatz (véase pág. 238).

5.° Electricidad según el método de von Ziemssen (véase pág. 236).

Glatz, que ha determinado con mucho sentido clínico el empleo de estos dos últimos medios, dice á propósito de sus efectos: «Los resultados que se obtienen con la *electricidad* y la *hidroterapia* en el tratamiento de las dispepsias nerviosas, atónicas y neurasténicas, son tan halagüeños y á las veces tan rápidos, que no comprendemos que estos dos agentes no hayan destronado todavía á la mayor parte de los medicamentos que se emplean un poco á la ligera en estas enfermedades.»

En los casos graves, hay que recurrir al *tratamiento sistemático de Weir-Mitchell*, de Filadelfia, que esencialmente consiste en: 1.° tener á los enfermos en la cama durante meses enteros, prohibiéndoles todo movimiento; 2.° aislarlos; 3.° hacerles un masaje especial; 4.° sobrealimentarlos; 5.° faradizar todo el sistema muscular.

4.° Hipocondría gástrica

Esta es también una complicación por desgracia demasiado frecuente y cuyo tratamiento es muy inseguro, ¡sobre todo cuando los enfermos son médicos! Se comenzará naturalmente por modificar la dispepsia causal, que será preciso ante todo diagnosticar exactamente. Pero higiene, régimen y tratamiento serán siempre insuficientes si no se insiste enérgicamente sobre los siguientes puntos:

1.° Estimular las funciones hepáticas é intestinales por medio de laxantes colagogos, tales como la *evonimina*, los *calomelanos*, las *píldoras azules*.

Es recomendable la fórmula siguiente:

Evonimina.	1 gramo
Extracto de beleño.	0 gr. 20
Jabón amigdalino.	1 gramo

H. s. a. con esta cantidad 20 píldoras. Para tomar una ó dos píldoras al acostarse.

Insistir en los *enemas diarios abundantes* de agua fría.

2.° Tonificar el sistema nervioso con ayuda de los *glicerofosfatos* en inyecciones subcutáneas, el *magnesio* metálico, los *hipofosfitos*.

3.° Calmar los actos reflejos. Coutaret propone la ingestión de un pedazo de *alcanfor* del tamaño de un guisante antes de acostarse.

4.° Cuidar de la higiene física y moral, que puede resumirse diciendo: ejercicio, trabajo regular y sistemático, físico é intelectual; en su defecto, reglamentar la vida de modo que cada hora del día tenga su empleo metódico; alimentación, la estrictamente suficiente.

5.° La hipocondría gástrica exige las curas de *Carlsbad, Brides* ó *Châtel-Guyon*.

5.° Tos gástrica. —Hipo. — Espasmo laríngeo. — Bostezos

Causados por un reflejo de origen gástrico, estos accidentes se curan rápidamente en la primera etapa del tratamiento de la hiperestenia, cuyo primer efecto consiste en moderar la excitabilidad de la mucosa gástrica.

La tos y el espasmo laríngeo adquieren á las veces tal predominio, que se impone un tratamiento sintomático inmediato, sin que haya tiempo de esperar los efectos del tratamiento gástrico.

El *bromoformo*, la *belladona*, el *beleño*, el *opio*, el *estramonio* y, en los casos rebeldes, el *cianuro de potasio*, formarán la base de numerosas prescripciones que pueden aconsejarse. He aquí algunos ejemplos:

A. Extracto de belladona. . . .
— de beleño. . . . . aa. . . . . 0 gr. 01
— de datura. . . . .
— tebaico. . . . .
Alcanfor. . . . . 0 gr. 05
Jarabe de goma. . . . . c. s.

H. s. a. una píldora, para tomar una por la mañana y otra por la noche, aumentando progresivamente hasta cuatro píldoras al día.

B. Bromoformo. . . . . XXX gotas
Alcohol de 90°. . . . . 25 gramos
Tintura de nuez vómica. . . . . XL gotas
Alcoholaturo de raíces de acónito. . . . . XL —
Tintura de belladona. . . . . XXX —
— de brionia. . . . . XXX —
Jarabe de codeína. . . . . 25 gramos
— de cerezas. . . . c. s. para hacer 200 cent. cúb.

H. s. a. Jarabe. Para tomar de dos á cuatro cucharadas de postres en las veinticuatro horas, á la mayor distancia posible de las comidas.

C. Cianuro de potasio. . . . . 0 gr. 05
Jarabe de morfina. . . . . aa. . . . . 75 gramos
— de azahar. . . . .

H. s. a. Jarabe. Una cucharada de café cada hora, sin pasar, en veinticuatro horas, de la tercera parte de la dosis prescrita.

El hipo desaparece muchas veces después de un estornudo provocado por una mezcla de *rapé* y *alcanfor* finamente pulverizado. Ya Hipócrates conocía esta eficacia del estornudo: *Singultu dolento, si sternutamenta supervenerunt, singultum tollunt.*—Coutaret aconseja dar 0gr,25 de *almizcle.*—Ortille ha referido buenos resultados del *jaborandi.*

Los bostezos calman con una ó dos cucharadas de la *poción bromurada* (véase pág. 260).

6.° Insomnio

La mejor manera de combatir el insomnio es impedir la crisis gástrica que hace despertar al enfermo por la noche. En este momento, el paciente tomará, sin esperar más, una de las *obleas compuestas con magnesia* (véase pág. 174); pero, con objeto de prevenirlo, tomará primeramente una de estas obleas al acostarse.

La comida de la noche será muy ligera, no entrando en ella alimentos nitrogenados; se suprimirá el tabaco; no se trabajará antes de acostarse; se excluirán el té, el café y todas las bebidas alcohólicas, y cada mañana se tomará un enema copioso de agua templada ó un laxante ligero, tal como:

Sulfato de sosa.	7 gramos
— de magnesia.	3 —

Para un papel. Disuélvase en medio vaso de agua templada. Añádase un poco de agua de Seltz en el acto de tomarlo.

Como hipnótico directo, aconsejo el supositorio siguiente:

Polvo de opio..	0 gr. 10
Manteca de cacao.	c. s.

H. s. a. un supositorio.

En los formularios se encontrarán infinito número de recetas entre las cuales escoger. El *extracto tebaico*, la *morfina*, la *codeína*, los *bromuros*, el *cloral*, el *paraldehido*, el *hipnal*, etc., forman los elementos activos de tales recetas. Yo acostumbro aconsejar primeramente la *poción bromurada etérea* (véase pág. 260), luego el supositorio con *polvo de opio*, por último, el siguiente jarabe compuesto:

A. Bromuro de potasio.		4 gramos
Hidrato de cloral.		2 —
Disuélvase en c. s. de agua destilada.		
B. Extracto de beleño.. . . .		
— de cannabis indica.	aa.	0 gr. 10
— tebaico. . . .		
Disuélvase en alcohol de 90°..		8 gramos

M. s. a. las dos soluciones, y añádase:

Jarabe de naranjas amargas..	100 gramos

Para tomar una cucharada grande al acostarse.

7.° Tetania

M. Bouveret, á quien debemos un buen estudio de la tetania de origen gástrico, dice á propósito de su tratamiento: «Cuando han aparecido los accidentes convulsivos de la tetania, lo primero que hay que hacer es evacuar y lavar el estómago con la sonda. No ignoro que la introducción de la sonda ha parecido aumentar muchas veces las contracturas y hasta provocar la repetición del paroxismo. Pero la excitación mecánica de la sonda no es más que una causa ocasional, de la misma manera que en una rana estricnizada se produce un acceso de tetanismo al pellizcar la piel. Tiene menos inconvenientes correr el riesgo de esta agravación momentánea que dejar en el estómago una dosis de substancia tóxica suficiente quizás para causar la muerte. Una vez evacuado y lavado el estómago, si los accidentes persisten, sólo nos queda el recurso de un tratamiento puramente sintomático. Consiste en moderar los accesos del tetanismo por el *cloral* y los *bromuros*, ó bien combatir los síntomas de depresión nerviosa y cardíaca por las inyecciones subcutáneas de *cafeína* ó de *éter*.»

8.° Coma dispéptico

Litten lo ha observado en estados dispépticos graves (1). Comienza por una disnea más ó menos violenta, sin que la auscultación revele lesiones pulmonares ó cardíacas. La respiración se acelera cada vez más, la temperatura desciende, el enfermo cae en una especie de somnolencia, luego en el coma. El pulso es pequeño, filiforme, muy frecuente. La muerte sobreviene en veinticuatro, cuarenta y ocho ó setenta y dos horas, con ó sin fenómenos convulsivos. Según Stadelmann y Minkowski, este coma dependería de una intoxicación por ácidos, cuyo tipo es el ácido β-oxibutírico.

El tratamiento racional de esta temible complicación es el *lavado del estómago* y la *sobrealcalinización* del organismo; pero no parece que este tratamiento haya modificado la gravedad del coma dispéptico en los casos en que se ha empleado.

F.—TRASTORNOS DE LA VISIÓN

Han sido bien estudiados por Grandclément en 1887. Se dividen en cuatro grupos:

(1) LITTEN.—*Berliner klinische Wochenschrift*, 1882.

1.° La astenopia acomodativa y muscular con dolores periorbitarios y fotofobia.

2.° Escotomas pasajeros, que acarrean una semiamaurosis pasajera.

3.° Brotes de conjuntivitis con sensación de arenillas y lagrimeo, sin inflamación conjuntival.

4.° Neblinas momentáneas, lentitud de la acomodación para la visión próxima, persistencia de las sensaciones coloreadas.

Estos trastornos visuales reclaman — además del tratamiento de la dispepsia etiológica — el uso diario de *purgantes salinos*, la supresión del tabaco, la prohibición momentánea de todo trabajo visual, el ejercicio progresivo y la estricta observancia del régimen.

G. — COMPLICACIONES Y REPERCUSIONES CUTÁNEAS

El acné, la urticaria, el eczema, la pitiriasis rosada de Gibert, ciertos eritemas polimorfos, el prúrigo, ciertas forunculosis, la hiperhidrosis local ó generalizada, la púrpura, etc., son todas repercusiones cutáneas de las dispepsias.

Aparte del tratamiento local que conviene á cada una de estas dermatosis, habrá que instituir la terapéutica de la dispepsia causal. Cualquiera que sea ésta, es casi seguro que se acompaña de fermentaciones viciosas; por consiguiente, las indicaciones que á propósito de éstas se apuntaron en páginas anteriores, serán de todo punto aplicables al tratamiento de las diversas manifestaciones cutáneas que reconocen la dispepsia como origen ó como terreno.

Para lo que concierne especialmente al tratamiento de los acnés, se encontrarán en la tesis de mi discípulo el Dr. Mitour los datos más circunstanciados (1). No quiero insistir aquí más que sobre un punto, y es la utilidad de los *purgantes salinos*, que son realmente uno de los elementos esenciales de la terapéutica patogénica.

En cambio, poseo muchas observaciones de hiperestenias gástricas graves y rebeldes á todo tratamiento que han curado casi espontáneamente en el momento de la reaparición de una erupción cutánea, un eczema, por ejemplo. En un caso muy significativo, un fabricante de gasas, antiguo eczematoso hiperesténico rebelde, se frotó los miembros inferiores con *bálsamo nerval* durante muchos días, para aliviar unos dolores reumatoideos; sobrevino una intensa erupción vesiculosa, que dejó una gran placa de eczema húmeda é inmediatamente desaparecieron los trastornos dispép-

(1) Véase MITOUR. — *Étude sur la nature et le traitement de la dyspepsie accompagnée d'acné* (Tesis de París, 1896), y el tomo del *Tratamiento de las enfermedades de la piel.*

ticos. Instruído por este hecho, he tenido en repetidas ocasiones la fortuna de modificar favorablemente antiguas dispepsias, provocando el eczema de la piel por medio de fricciones irritantes, y, entre otros, debo dos éxitos al bálsamo nerval, empleado en fricciones continuadas durante diez y quince días. Estos hechos de metástasis, como antes se decía, parecen de todos modos llamar la atención.

H. — COMPLICACIONES Y REPERCUSIONES UTERINAS

Las afecciones del útero y de sus anexos engendran la dispepsia, y la curación de la causa acarrea la curación del trastorno estomacal; estas son cosas que nadie niega. Pero, en cambio, puede afirmarse que muchas leucorreas y amenorreas se mejoran por el tratamiento de una dispepsia que se les asocia y de la cual parecen ser consecuencia. Cierto número de las enfermas designadas por Dalché con el nombre de *falsas uterinas* deben figurar como dispépticas ó enteroptósicas.

I. — DE LA CLOROSIS DISPÉPTICA

El tratamiento de la clorosis asociada á las dispepsias, es objeto de una discusión que no parece próxima á terminar. Por otra parte, no hay acuerdo acerca de la naturaleza de la dispepsia que se asocia á la clorosis, punto que, sin citar más que opiniones extremas defendidas por hombres igualmente competentes, Ewald declara que en la mayoría de las cloróticas el jugo gástrico es normal, al paso que Oswald dice haber encontrado hiperclorhidría en el 95 por 100 de los casos que ha examinado. Por otra parte, entre la opinión de Beau, que atribuye á la dispepsia el origen de toda clorosis y de toda anemia, y el parecer de los que ven en la dispepsia una consecuencia de la clorosis, cabe un término medio que está conforme con la realidad de los hechos.

En la práctica, es cosa extremadamente frecuente la asociación de la clorosis ó de la anemia con la dispepsia; esto es un hecho innegable y admitido por todo el mundo. Se discuten dos cosas: la naturaleza de la dispepsia de las cloróticas y las relaciones de causalidad entre las dos afecciones. Y sin resolver estas dos cuestiones, no hay indicaciones terapéuticas posibles.

Mi opinión personal es que hay anemias de origen dispéptico, dispepsias de origen anémico y dispepsias en sujetos anémicos.

No siempre es fácil el diagnóstico de estas tres variedades y los más hábiles se han engañado. Es que en realidad no hay signos diferenciales

absolutos y, salvo en algunos casos demasiado claros para no ser excepcionales, el diagnóstico sólo puede apoyarse muchas veces en matices. De todos modos, he aquí cuáles son sus elementos:

Cuando la anemia es de origen dispéptico, reviste dos variedades. En la primera, se encuentran conmemorativos cronológicos que atestiguan la anterioridad de la dispepsia. Ésta cuenta larga fecha; ha sobrevenido á consecuencia de una de las etiologías expuestas en otro lugar; se acompaña de repercusiones ó complicaciones que no forman parte del cortejo sintomático habitual de las anemias; la dispepsia es las más de las veces de tipo hiperesténico y el enfermo ha conservado un apetito excelente; el hígado es grande; hay estreñimiento; hay ruido de bazuqueo gástrico y el análisis del contenido estomacal demuestra la hiperclorhidria.

En la segunda variedad, se ven individuos, sobre todo niños, que palidecen ó enflaquecen rápidamente y presentan los signos de la anemia. Se les da hierro, se fuerza la alimentación, sobre todo la carne y los pretendidos vinos generosos. Trabajo perdido; todo se agrava. Es que esos niños son ya sujetos sobrealimentados, y esos adultos son estreñidos, como notó perfectamente Duclos (de Tours) y después de él A. Clarke, Schültz y Strübing. Dense laxantes, institúyase una dieta relativa, leche, huevos, vegetales, repartidos en comidas escasas, y se verán recobrarse las fuerzas, limpiarse la lengua y desaparecer la anemia, sin que intervenga ningún tratamiento ferruginoso. En estos casos es en los que algunas veces hace maravillas el *azufre* propuesto por los médicos alemanes y administrado á dosis laxantes.

Añadamos que, en este género de anemia, se encuentran casi siempre fermentaciones gástricas y que el quimismo estomacal es esencialmente variable.

Si, por el contrario, se trata de una dispepsia de origen anémico, los signos de la anemia habrán precedido á los de la dispepsia, que es reciente; ésta no presenta más que repercusiones de menor importancia; ordinariamente es de tipo hiposténico ó insuficiente, y por lo tanto el dispéptico por anemia ha perdido el apetito, el hígado no está aumentado de volumen; no hay necesariamente coprostasis; es excepcional el bazuqueo gástrico, y el análisis del contenido gástrico revela hipo ó anaclorhidria con ó sin fermentaciones secundarias.

Por último, hay una variedad de dispepsia frecuente en los anémicos que reconoce como causa capital el abuso de los medicamentos ó el empleo de medicamentos intempestivos. Ésta se cura por sí sola si se suprimen las drogas farmacéuticas (hierro, arsénico, vinos medicamentosos, etc.) y se vigila rigurosamente la alimentación.

Esta clasificación patogénica simplifica la terapéutica.

En los anémicos del primer grupo (anemia de origen dispéptico) se tratará primeramente la dispepsia aplicándole las reglas higiénicas, dietéticas y medicamentosas propias de la hiperestenia.—Luego se ensayará la *medicacion ferruginosa,* asociada á los *glicerofosfatos* y á menudo al *arsénico,* cuando se ha comprobado que el estómago puede tolerarlo.

En los anémicos del segundo grupo (dispepsia de origen anémico), se tratará desde luego la anemia por los medios apropiados, asociándoles el tratamiento especial de las insuficiencias gástricas y, en su caso, el de las fermentaciones viciosas.

NOTA.—Para facilitar la inteligencia del texto, en el cual no se apuntan más que los nombres de las fuentes hidrominerales extranjeras, indicaremos su composición y aquellas fuentes españolas que más aproximadamente les son correspondientes, ateniéndonos á la clasificación oficial:

Aguas bicarbonatadas sódicas.—Vichy, Blet, Ems, Neris, Marmolejo, Mondáriz, Sobrón y Soportilla, Caldas de Malavella, Burlada, Belanoain, Molgas, Sousa y Caldeliñas, Traveseres, Valdelateja, etc.

Aguas bicarbonatadas cálcicas.—Pougues, Foucergue, Ragatz, Condillac, Chatel-Guyon (clorurada), Contrexeville (sulfatada), Badenweiler, Neyrac (ferruginosa), Alange, Alhama de Almeria, Alhama de Aragón, Alhama de Granada, Alicum, Arlanzón, Cardó, Insalus, Larrauri, Monasterio de Piedra, Urberuaga de Alzola, etc.

Aguas bicarbonatadas mixtas.—Royat, Saint-Alban (ferruginosa), Marienbad (sulfatada y clorurada), Évian, La Malou (ferruginosa arsenical), San Adrián, San Hilario, Valle de Ribas, Segura de Aragón, etc.

Aguas sulfatadas.—Carlsbad (bicarbonatado-sódica), Bagnères de Bigorre (cálcica), Gastein (sódica), Brides (cálcica), Vittel (mixta), Rubinat (sódica), La Margarita de Loeches (sódica), La Inesperada (sódica), La Maravilla de Loeches (cálcica), Villavieja de Nules (cálcica), Busot (cálcica), Sacedón (cálcica), Alhama de Murcia (cálcica), Jabalcuz (magnésica), Fonté, Sierra Elvira (mixtas), etc.

Aguas cloruradas.—Saint-Nectaire, Rheinfelden, Luxeuil, Wilbad, Santenay, Arnedillo, Arteijo, Caldas de Besaya, Caldas de Estrach, Caldas de Montbuy, Trillo, Cestona, Fitero, Fortuna, La Garriga, La Toja, Puenteviesgo, San Juan de Campos, etc. Son cloruradas mixtas Homburg (ferruginosa), Kissingen (litinada y arsenical), Plombières (silicatadas y arsenicales), etc.

Aguas sulfuradas.—Cauterets, Molitg, Luchón, Saint-Sauveur, Betelú, Caldas de Bohí, Caldas de Cuntís, La Puda, Ledesma, Montemayor, Arechavaleta, Bañolas, Carratraca, Elorrio, Ontaneda, Santa Agueda, etc.

Dada la importancia extrema de la terapéutica hidromineral, es excusado insistir en que no son suficientes los somerísimos datos que caben en esta nota para decidir la elección de una fuente.—El Traductor.

CAPITULO XVIII

TRATAMIENTO DE LAS GASTRITIS

POR

G. LEMOINE

Profesor de la Facultad de Lille

TRADUCCIÓN DE JOSÉ GÓNGORA

I

Consideraciones generales

Después de haber ocupado el primer lugar entre las enfermedades del estómago en los comienzos de este siglo, la gastritis está relegada actualmente al último y hasta algunos autores casi le niegan el derecho de existencia.

En tiempo de Broussais, la gastritis dominaba toda la patología del estómago y era considerada como el tipo de las enfermedades inflamatorias; actualmente queda confundida entre otros trastornos gástricos; apenas si todavía se la mira como una entidad morbosa. Las dispepsias reemplazan la antigua concepción de la gastritis y hay tendencia á achacarles la mayor parte de los síntomas que antes pertenecieron á esta última. Hasta hay entusiastas de esta nueva doctrina que consideran como una consecuencia de la dispepsia las lesiones de la mucosa que antes se estimaban como primitivas. Es verdad que la estructura de la mucosa gástrica se modifica rápidamente después de la muerte, y que es fácil tomar por lesiones de orden patológico simples alteraciones *post mortem*.

Hasta más amplio informe, creemos que es necesario conservar un capítulo especial para las gastritis, tanto agudas como crónicas, y en esto obedecemos á los datos de la clínica. Es, en efecto, inadmisible que se

confundan los trastornos funcionales que una medicación apropiada disipa á las veces en pocos días, con los estados patológicos con fiebre, dolor é intolerancia gástrica, sobre los cuales la terapéutica sólo ejerce una acción lenta. En nuestro sentir, hay dispepsia siempre que existen sólo trastornos funcionales, y gastritis cuando están lesionadas las túnicas del estómago.

Se dividen las gastritis en agudas y crónicas, según la rapidez de su evolución; pero la separación entre estas dos clases, no es en modo alguno absoluta y hay muchas formas intermediarias. Las estudiaremos sucesivamente.

II

Gastritis agudas

Hemos separado de las gastritis agudas la indigestión y el empacho gástrico, más bien obedeciendo á una costumbre que con el propósito de hacer una desviación lógica; realmente esas dos afecciones no son más que modalidades, ó mejor dicho, grados de gastritis agudas. Solamente la brusquedad de su invasión y su corta duración pueden justificar hasta cierto punto que se las excluya del grupo de las gastritis agudas.

Las gastritis agudas se manifiestan sobre todo con claridad en los casos intensos; así es que la gastritis tóxica forma el tipo más acentuado y mejor limitado como semiología y como lesiones anatómicas. Por el contrario, todavía se conoce bastante mal la gastritis catarral, que comprende las formas sencillas y con mucho las más frecuentes. Es costumbre subdividir las gastritis agudas en tres clases: *gastritis catarrales, gastritis tóxicas* y *gastritis flemonosas*.

A. — GASTRITIS CATARRAL

1.° Consideraciones generales

Las causas de la gastritis catarral se confunden con las del empacho gástrico; consisten las más de las veces en una alimentación viciosa, transgresiones de régimen, ó también en el desarrollo de enfermedades generales que repercuten sobre el estómago; las lesiones del intestino pueden ser algunas veces punto de partida de las lesiones gástricas, de igual modo que éstas pueden ser consecutivas á la faringitis. Una vez instalada, la gastritis se revela por anorexia, amargor de boca, sed intensa, luego

náuseas y vómitos; hay, además, dolor de cabeza, ansiedad, fatiga muscular y hasta vértigos.

Casi siempre las demás partes del tubo digestivo se resienten de la inflamación gástrica; la boca está seca, la lengua sucia, al mismo tiempo que hay diarrea y cólicos.

Localmente, se observa dolor á la presión en la región epigástrica, y buscando los síntomas generales, se encuentra á menudo fiebre y una temperatura que sube hasta 39 grados.

2.° Tratamiento

La primera cosa que debe hacerse en el tratamiento de una gastritis catarral aguda es reglamentar la *higiene alimenticia* del enfermo; como en la mayor parte de los casos la enfermedad ha tenido como punto de partida remoto una indigestión ó un empacho gástrico agudo febril, es necesario dejar descansar el órgano, y por consiguiente poner al enfermo á dieta. Se le permitirá el uso de bebidas, preferentemente frías y hasta *heladas*, ligeramente *alcoholizadas* con coñac, principalmente tratándose de sujetos que no usan habitualmente el alcohol; se darán estas bebidas en pequeñas cantidades cada vez, pero bastante á menudo, y se tendrá cuidado de evitar que el enfermo satisfaga su sed tomando gran cantidad de bebidas de una sola vez, porque esto podría ser causa de dolores y vómitos.

Si se trata de alcohólicos ó siquiera de enfermos cuya gastritis habrá sido causada por un exceso pasajero de alcohol, es preferible emplear bebidas alcalinas, agua de *Vichy*, agua de *Vals*, etc.

Cuando hay tendencias al vómito, da buen resultado el champagne mezclado con agua de Vichy.

Como alimentos, es preciso atenerse á los líquidos, *leche* pura ó mezclada con agua alcalina, según los casos, tomándola también en pequeñas cantidades y de dos en dos horas. Cuando ya el estómago es más tolerante, se pueden añadir yemas de huevos y caldo frío; más tarde se volverá poco á poco á la alimentación normal, comenzando por las peptonas y las carnes crudas, para no llegar á los vegetales hasta que la curación sea completa.

Las indicaciones terapéuticas que puede haber necesidad de satisfacer en el curso de una gastritis catarral aguda son muy variables, pues difieren, según las causas, los síntomas y el curso de la enfermedad. No hablaremos aquí de la eliminación del contenido estomacal por los *vomitivos* ó la *bomba estomacal*, porque estos métodos pertenecen al tratamiento

del empacho gástrico, y sólo estudiaremos las indicaciones que se desprenden del estado del intestino y de los síntomas gástricos.

Son necesarios los *purgantes* repetidos siempre que hay cólicos ó diarreas fétidas; tienen por objeto desembarazar el tubo digestivo de los productos incompletamente digeridos ó en descomposición pútrida que provienen del estómago, y que en el intestino darían origen á enojosas reabsorciones; constituyen uno de los mejores medios para disminuir y hacer desaparecer la fiebre de la gastritis, que muchas veces no es más que una fiebre de reabsorción.

Además, los purgantes producen una derivación sanguínea hacia el intestino, y descongestionando la mucosa estomacal modifican las secreciones. En tales casos deben ser preferidos á los demás purgantes los *salinos* y las *aguas minerales purgantes*.

Si el enfermo sufría ya estreñimiento y está habituado á los purgantes salinos, vale más darle *aceite de ricino*, bien por la boca, bien en enema.

Cuando los purgantes no bastan para modificar el estado de la mucosa del estómago y del intestino, cuando la boca se mantiene amarga y siguen los eructos y las deposiciones pútridas, es necesario hacer el *lavado del estómago* cada día ó cada dos días, más ó menos á menudo según los casos. El lavado arrastra la capa de moco que tapiza la superficie del estómago, y de este modo las materias alimenticias que luego se ingieran sufrirán más eficazmente la acción de las secreciones gástricas.

De ordinario la gastritis modifica mucho las secreciones del estómago: el jugo gástrico no contiene ó contiene poco ácido clorhídrico, la pepsina disminuye también, y de ahí nacen la lentitud de las digestiones y las fermentaciones alimenticias.

El ácido clorhídrico es reemplazado por ácidos débiles, el ácido láctico en particular, que contribuyen en gran parte á dar á los eructos su sabor agrio y desagradable.

Por lo tanto, la indicación terapéutica en tal situación es dar *ácido clorhídrico*, por ejemplo, dos á tres cucharadas de café cada día de una solución de ácido clorhídrico al centésimo ó un poco más concentrada si es preciso. En Inglaterra, el ácido clorhídrico figura poco en el tratamiento de la gastritis, pues lo reemplazan por ácidos más enérgicos, el *ácido nítrico* diluído y el *ácido sulfúrico* diluído, que los ingleses acostumbran asociar con la *pepsina*. Según Coutaret, el empleo de los ácidos minerales fuertes que él ha hecho adoptar por sus clientes, da mejores resultados que el empleo del ácido clorhídrico. Prescribe una preparación compuesta de:

Acido sulfúrico químicamente puro.	28 gramos
Acido nítrico.	8 »
Alcohol de 80° Cartier.	180 »

M. s. a.

Échese en un frasco de cristal de color, sin taparlo hasta quince días después de haber hecho la mezcla, y consérvese durante seis ú ocho meses antes de usarla.

Es lo que Coutaret llama *ácido sulfonítrico rabelizado,* y lo da á la dosis de X á XXX gotas después de las comidas, en agua, vino ó cerveza.

La *pepsina,* ó todavía mejor la *papaína,* están indicadas en caso de intolerancia gástrica para los alimentos. Se dan próximamente de 5 á 10 centigramos cada vez que el enfermo toma una taza de leche.

El *dolor* que con frecuencia sobreviene en el hueco epigástrico después de la ingestión de bebidas ó de alimentos, constituye otra indicación. Puede cumplirse dando, algunos minutos antes de que el enfermo beba, una cucharada de café que contenga $^1/_4$ de centigramo á 1 centigramo de *cocaína* en solución. Yo suelo dar la solución siguiente:

Jarabe de cortezas de naranjas amargas. . .	100 gramos
Cocaína.	0 gr. 10

Disuélvase.

Cada cucharada de café contiene $^1/_2$ centigramo de cocaína.

Se puede reemplazar la cocaína por el *agua clorofórmica,* que calma bastante el dolor; pero no hay que contar con su acción antiséptica, que decididamente parece ser nula.

Para calmar el dolor epigástrico y modificar las condiciones funcionales de la mucosa, suele ser útil, cuando la enfermedad cuenta ya algunos días de duración, hacer revulsión en el epigastrio por medio de *puntos de fuego* ó con *amoníaco* ó un *vejigatorio.*

Esta medicación suele comúnmente dar buen resultado.

B. — GASTRITIS TÓXICAS

1.° Consideraciones generales

Las gastritis tóxicas son el resultado de la ingestión de venenos por descuido ó intencionadamente. Sus síntomas son variables, según la substancia tóxica absorbida; sin embargo, hay algunos que son constantes.

Algunos instantes después de haberse puesto el veneno en contacto con la mucosa gástrica, se desarrolla en el epigastrio una sensación de calor, seguida muy pronto de ardor intenso que se acompaña de una sed

extremada que nada calma; luego aparecen vómitos sumamente dolorosos, que no alivian al enfermo y se hacen cada vez más frecuentes; contienen materias alimenticias mezcladas con la substancia tóxica, moco y sangre.

Al mismo tiempo se observan síntomas generales, más ó menos graves según los casos, por parte de la circulación y de la respiración; las micciones se hacen escasas, la piel se cubre de sudor y puede sobrevenir el coma. Algunas veces ocurre la muerte por efecto de perforación del estómago y peritonitis subaguda.

Entre las principales substancias que con más frecuencia determinan la gastritis tóxica, hay que citar: los ácidos sulfúrico, clorhídrico, nítrico, oxálico, el amoníaco, la potasa, el fósforo, el sublimado, el arsénico, el sulfato de cobre, etc.

2.° Tratamiento

Al tratar de las intoxicaciones, se estudió ya el tratamiento que debe darse á las gastritis tóxicas; remitimos al lector al tomo I pág. 697, y nos contentamos con decir aquí que la principal indicación es *evacuar* el veneno lo más rápida y completamente posible, por medio del *lavado* con una gran cantidad de líquido, si todavía es tiempo de practicarlo. A falta del lavado, también se puede provocar el vómito por medio de la *ipecacuana*, del *emético* ó de una inyección de *apomorfina*, si se tiene la seguridad de no causar de este modo la perforación del estómago. Por lo tanto, este medio se reservará para los venenos que sólo destruyen la mucosa lentamente.

Luego es preciso procurar *neutralizar* la substancia tóxica administrando un cuerpo con el cual pueda formar un conjunto insoluble é inofensivo. Si se ha ingerido un ácido, se dará *agua de cal* ó *magnesia;* si se trata de la potasa, se hará tomar *ácido cítrico, jugo de limón* ó *vinagre;* si de arsénico, se dará *sesquióxido de hierro*. Para neutralizar el fósforo, debe darse *magnesia;* contra el sublimado, *agua albuminosa* ó *leche,* etc. (véase tomo I).

C. — GASTRITIS FLEMONOSA

La gastritis flemonosa es una rareza patológica que pasa á menudo inadvertida en clínica, y cuyo tratamiento, puramente sintomático, no suscita indicaciones especiales.

III

Gastritis crónicas

A. — CONSIDERACIONES GENERALES

Las gastritis crónicas recaen principalmente en las personas que llevan mucho tiempo de seguir una mala higiene alimenticia. El alcoholismo es la causa más frecuente, sobre todo el alcoholismo continuo debido á la absorción diaria de alcohol á dosis demasiado pequeña para embriagar, pero suficiente para ejercer una acción irritante sobre las vías digestivas. Los licores, los aperitivos, el ajenjo, provocan la gastritis más fácilmente que el vino ó la cerveza. La gastritis crónica es casi constante entre gentes pertenecientes á ciertos oficios, en los cuales los excesos en la bebida son profesionales, por decirlo así.

Los excesos de la mesa; el uso habitual de una alimentación excitante, el hábito de comer demasiado de prisa, el de no mascar suficientemente, el abuso del tabaco, la marcha rápida inmediatamente después de la comida y muchas otras causas de poca importancia aparente, influyen de una manera lenta, pero segura, en la producción de las gastritis.

Deben citarse también las enfermedades generales que pueden ocasionar gastritis crónicas secundarias, tales son: la tuberculosis, la clorosis, el paludismo, las afecciones viscerales crónicas, etc.

Como indica su nombre, la gastritis crónica se desarrolla lentamente de una manera insidiosa; al principio casi no produce más que pirosis matinal, trastornos dispépticos de algunas horas ó algunos días y con frecuencia sólo se establece definitivamente la gastritis después de muchos años.

Entonces los sufrimientos del enfermo son casi constantes: en cuanto se levanta tiene pituitas; durante el día tiene náuseas, dolor epigástrico y dolor dorsal en el punto correspondiente; la ingestión de alimentos aumenta estos síntomas y algunas veces se acompaña de vómitos. Las digestiones son siempre lentas y se acompañan de eructos ácidos ó de cólicos dependientes de una enteritis, consecuencia frecuente de la irritación del estómago.

La gastritis crónica de los bebedores, que es la más frecuente de todas, constituye un tipo clínico particular y bastante conocido para que no tengamos que insistir sobre ella. Poco á poco va produciendo el engrosamiento de la mucosa del estómago, consecutivo á las congestiones repeti-

das de que es asiento cada vez que el alcohol se pone en contacto con ella; luego, á la larga, se forman erosiones, apenas visibles á simple vista, que son origen de pequeñas ulceraciones. Al mismo tiempo que se desarrollan estas lesiones anatómicas, se observa durante todo este período inflamatorio una hipersecreción glandular, que se revela por una parte por una secreción mucosa y catarro mucoso, y por otra, por hiperclorhidria.

El proceso inflamatorio acaba por ocasionar una verdadera atrofia de las glándulas del estómago, que constituye la gastritis atrófica, y destruye más ó menos completamente la función digestiva del estómago.

Al principio, lo que domina es la hiperclorhidria, porque la actividad secretoria aumenta á consecuencia de la excitación producida por el alcohol. Este período de acidez exagerada puede durar meses y aun años. A la par que la secreción ácida, puede tener lugar una secreción mucosa abundante; pero llega un momento en que la primera se agota consecutivamente á la atrofia de las glándulas diferenciadas, y continúa produciéndose sólo la secreción mucosa. Aquí entra el segundo estadio de la enfermedad. Entonces el estómago está tapizado por una capa de moco, que impide el contacto entre los alimentos y la mucosa, y además casi no contiene fermentos digestivos. Por último, en un tercer período de la enfermedad, las glándulas están atrofiadas, el estómago no segrega ni ácidos, ni pepsina, ni moco; está convertido en un saco inerte, en el cual los alimentos no sufren transformación alguna.

B.—TRATAMIENTO

El primer síntoma de la gastritis crónica contra el cual hay que luchar es, como acabamos de decir, la exagerada secreción de los ácidos; por consiguiente, en este primer período, el tratamiento de la gastritis se confunde con el de la dispepsia hiperclorhídrica. De modo que no hay necesidad de insistir sobre él y sólo indicaremos las particularidades del tratamiento en el caso que nos ocupa.

Están indicados los *alcalinos*, pero con la condición de administrarlos á dosis altas, porque hoy se sabe que, empleados á dosis cortas, excitan la secreción ácida en lugar de neutralizarla. A pesar de todo lo que en su contra se ha dicho, el *bicarbonato de sosa* sigue siendo el más usado de todos los alcalinos; Ch. Richet ha demostrado que neutraliza de una manera perfecta la acidez del jugo gástrico y, por otra parte, sábese hoy que la famosa caquexia alcalina de Trousseau no existe, y que se puede prescribir el bicarbonato de sosa durante meses seguidos sin determinar accidentes.

Se dará el bicarbonato de sosa en el momento en que la secreción ácida del estómago está más exagerada y la digestión va á terminar, es decir, dos ó tres horas después de la comida. Ordinariamente, comiendo el enfermo á las 8 de la mañana, al mediodía y á las 7 de la tarde, doy el bicarbonato á las 10 y media de la mañana, á las 3, á las 5 y á las 10 de la noche. Este fraccionamiento de la dosis tiene por objeto impedir que la mucosa gástrica esté mucho tiempo en contacto con el jugo ácido. Según los casos, cada dosis de bicarbonato de sosa será de 2 á 4 gramos, es decir, 8 á 16 gramos por día; cada una de ellas se dará en obleas ó, lo que es preferible, en un vaso de vino de *agua de Vichy*. El primer efecto de esta medicación es calmar las sensaciones dolorosas que produce la exageración de la secreción ácida; el segundo es impedir la producción de las ulceraciones que esta secreción puede acarrear.

¿Se pueden reemplazar los polvos alcalinos por el *agua de Vichy*? Seguramente puede hacerse así en ciertos casos, cuando los fenómenos dispépticos son poco acentuados y no existe dilatación estomacal. Entonces pueden reemplazarse los papeles de bicarbonato por una dosis variable, un vaso de vino ó un vaso grande de agua de Vichy. Esta agua deberá beberse pura y se dará la preferencia á un manantial frío, Célestins, Haute-Rive, ó una fuente de Saint-Yorre. Algunas veces se consiguen buenos resultados empleando las aguas de la Grande-Grille, pero teniendo la precaución de calentarlas en el momento de servirse de ellas.

Vale más no usar el agua de Vichy durante las comidas, porque en este momento el jugo gástrico necesita toda su acidez para hacer la digestión; entonces es preferible dar un agua débilmente mineralizada, tal como la de *Contrexéville* ó la de *Vittel*.

Las aguas de *Vals* pueden reemplazar á las de *Vichy*, pues su composición es análoga; hasta están más indicadas en algunos casos, gracias á su mineralización superior, por ejemplo, los manantiales Madeleine, Désirée ó Favorita.

Los polvos inertes obran no sólo disminuyendo la acidez del jugo gástrico, sino también atenuando su secreción. Según los experimentos de Cl. Bernard y de Schiff, provocan más bien una secreción poco ácida y las más de las veces una secreción de moco. Por lo tanto, su empleo está perfectamente indicado durante el período hiperclorhídrico de la gastritis crónica, mientras que debe prohibirse formalmente en el período de secreción mucosa.

Entre los polvos inertes medicamentosos, se da la preferencia á la *magnesia*, al *salicilato* ó al *subnitrato de bismuto*, al *fosfato de cal* y hasta á la *creta preparada* y al *talco de Venecia*. En nuestro sentir, los

que mejor obran son: la magnesia y el salicilato de bismuto, y hasta es conveniente asociarlos en dosis variables, según los enfermos, de manera que neutralicen recíprocamente los efectos que ejercen sobre los intestinos y que su empleo no cause ni estreñimiento ni diarrea. A menudo se les añade *bicarbonato de sosa* ó *benzoato de litina*. Se administran de la misma manera y á las mismas horas que los papeles de bicarbonato sódico, pudiendo, por ejemplo, prescribirse:

Magnesia inglesa. . . . . 40 centigr.
Salicilato de bismuto. . . . . 60 —
M. s. a. para una oblea. Dense cuatro obleas iguales en veinticuatro horas.

En estos últimos tiempos, se ha preconizado la *belladona* en el tratamiento de las gastritis con hiperclorhidria, con objeto de utilizar sus propiedades antisecretoras y disminuir la excesiva secreción del jugo gástrico. Tiene además la ventaja de ejercer una acción sedante y calmar los dolores, que algunas veces persisten á pesar del empleo de los alcalinos y de los polvos inertes. Con este fin, puede añadirse 1 centigramo de polvo de belladona á cada uno de los papeles ó de las obleas ya indicados. Formulamos á menudo de este modo:

Bicarbonato de sosa. . . . . 20 centigr.
Magnesia inglesa. . . . . 30 —
Salicilato de bismuto. . . . . 40 —
Polvo de belladona.. . . . . 1 —
Para una oblea. Dense cuatro obleas iguales en las veinticuatro horas.

No es infrecuente observar, muy poco tiempo después de las comidas, trastornos del intestino consecutivos al paso al duodeno y al intestino delgado de la masa alimenticia sobradamente acidificada. Estos trastornos se traducen por algunos cólicos y á veces alguna diarrea una ó dos horas después de las comidas; las deposiciones contienen á menudo materias alimenticias incompletamente digeridas. El tratamiento de esta complicación consiste, por una parte, en el empleo de la medicación antes indicada y, si persisten los trastornos, en la adición del *fosfato de cal* á los polvos inertes y á los alcalinos, por proporcionar esta sal una base con la cual se combina fácilmente el ácido clorhídrico del estómago. Se administra inmediatamente antes de la comida una oblea:

Fosfato tribásico de cal. . . . . 60 centigr.
Pepsina amilácea. . . . . 20 —
Para una oblea.

La *pepsina*, y todavía más la *papaína*, tienen algunas veces la utilidad de hacer más completa una digestión que la excesiva acidez del jugo gástrico tiende á acelerar demasiado.

El segundo período de la gastritis crónica, que se caracteriza por la disminución de la secreción ácida y la exageración de la secreción mucosa, exige un tratamiento muy diferente del que se acaba de exponer, porque los signos clínicos de la hiperclorhidria son reemplazados por los de la hipoclorhidria, y lejos de procurar disminuir la acidez de la secreción, es preciso buscar el modo de aumentarla.

Aquí lo que primero hace falta es procurar desembarazar el estómago de la capa de moco que la reviste; para esto nada mejor que el *lavado del estómago* con agua alcalina, practicado cada día una hora antes de la principal comida. El *agua de Vichy* empleada para el lavado excita la secreción ácida, y así pueden ser digeridos con relativa facilidad los alimentos ingeridos algún tiempo después. El lavado consigue muchas veces por sí solo restablecer una secreción normal. En los casos más graves, será bueno administrar además *ácido clorhídrico* en solución, al final de cada comida, por ejemplo, una cucharada de café de una solución al 1 por 100, hacer preceder cada comida de la ingestión de una pequeña dosis de *pepsina* ó de *papaína*. De este modo se consigue producir en la cavidad estomacal una verdadera digestión artificial, que permite que los alimentos no tengan tanta necesidad de los fermentos del jugo gástrico. Gracias á esto, el enfermo puede nutrirse y esperar, sin gran pérdida de su peso, el restablecimiento de las funciones normales del estómago.

La *gastritis atrófica*, que constituye la última fase de la evolución de las gastritis crónicas, es difícil de curar, porque no hay medicaciones capaces de restituir á la mucosa la integridad que ha perdido. Todos los esfuerzos del tratamiento deberán limitarse á hacer funcionar lo mejor posible las porciones del estómago que queden sanas. Para esto se empleará también y sobre todo el lavado del estómago. En estos casos, está indicado porque, no sufriendo las materias alimenticias suficientes transformaciones, pueden permanecer algunas veces durante muchos días en la cavidad estomacal, y esto contribuye á provocar dolores y vómitos. Se realizan además en el estómago fermentaciones que son origen de peligrosas autointoxicaciones y de irritación del intestino. El lavado remedia hasta cierto punto estos inconvenientes, y cuando la extensión de mucosa destruída no es demasiado grande, permite ganar tiempo y esperar que las glándulas aún intactas vuelvan á funcionar.

En tales casos es también cuando hay necesidad de hacer digestiones artificiales intraestomacales y dar, según las indicaciones, *ácido clorhídrico*, *pepsina* ó *papaína*.

En el curso de los diversos períodos de las gastritis crónicas, da algunas veces buen resultado la revulsión aplicada á la región epigástrica.

Para hacerla, se emplea la *tintura de yodo* ó el *vejigatorio amoniacal*, ó las *moscas de Milán*, ó hasta los *puntos de fuego*. Esta medicación calma los dolores intensos, á menudo detiene el proceso ulcerativo y proporciona verdaderas remisiones en la marcha de la enfermedad. Las *duchas frías* de 9 á 14°, dirigidas sobre la región estomacal en forma de chorro quebrado y durante un tiempo muy corto, dan resultados del mismo género.

Las gastritis crónicas consecutivas á las enfermedades generales, clorosis, tuberculosis, enfermedad de Bright, etc., son susceptibles de las medicaciones que acabamos de indicar; pero en muchos casos mejoran, sobre todo merced al *tratamiento general* de la enfermedad. Para no hablar más que de la clorosis, por ejemplo, es indudable que el *hierro* servirá para disminuir los trastornos gástricos, en tanto que hubiera estado formalmente contraindicado en otros casos.

CAPÍTULO XIX

TRATAMIENTO DE LA DILATACIÓN DEL ESTÓMAGO

POR

P. MUSELIER

Médico del hospital Lariboisière

TRADUCCIÓN DE JOSÉ GÓNGORA

I

Consideraciones generales

Antes de entrar de lleno en el tratamiento de la dilatación, debemos exponer brevemente el estado actual de nuestros conocimientos concernientes á esta afección. Quizás no hay cuestión con mayor frecuencia discutida y acerca de la cual se hayan emitido opiniones más contradictorias; esto depende de la manera cómo la han considerado respectivamente los patólogos y de la diversidad de los puntos de vista en que se han colocado para juzgarla.

Recordemos primeramente que Bouchard había individualizado este estado del estómago hasta el punto de hacer de él una enfermedad aparte, una verdadera unidad patológica. La descripción dada por este autor corresponde á un síndrome muy complejo, donde hay de todo, signos locales y síntomas generales, que comprenden casi todos los órganos y todos los sistemas.

Esta concepción se ha hecho aún más vasta en manos de sus discípulos, hasta tomar las proporciones de una verdadera doctrina médica. Correlativamente, el tratamiento de la dilatación ha venido á ser una cosa muy importante, muy vasta y muy complicada, interviniendo en él, además de severas reglas dietéticas, un arsenal de medios, tomados unos de los agentes físicos, otros de los recursos de la antisepsia intestinal. Este

tratamiento era la sanción lógica de un concepto que representaba la dilatación como una enfermedad extremadamente grave y la erigía en una especie de dogma.

Desde hace algunos años se ha hecho una reacción en contra de la doctrina de Bouchard y de sus discípulos. En primer lugar, se ha hecho notar con razón que los signos físicos que servían para afirmar la dilatación son generalmente insuficientes para autorizar un diagnóstico tan preciso y que en los más de los casos en que se hacía este diagnóstico, se trataba de una simple estancación de los alimentos y de las secreciones en la bolsa estomacal, de una retención momentánea y vulgar, cuya existencia no implicaba en modo alguno la de una ectasia de dicha bolsa. El ruido de bazuqueo, entre otros signos, reputado como signo de primer orden, no sería de ninguna manera una prueba de esta dilatación, aun cuando se le observe en las condiciones indicadas, es decir, por la mañana, en ayunas, una hora distante de la comida.

Es verdad que Bouchard ha tenido el cuidado de marcar un límite inferior mínimo, por dentro del cual no estaría justificado el diagnóstico de dilatación. Pero sus contradictores han replicado con razón que este límite es arbitrario, artificial, y que además había una causa frecuente de error, resultante de la dilatación subyacente del colon transverso. El signo del bazuqueo, lo mismo que los otros signos físicos invocados, no puede, por consiguiente, indicar otra cosa que la inercia de las paredes del estómago, á lo sumo una disminución de su contractilidad, que tiene por efecto retardar el paso de los alimentos al intestino y acarrear su momentánea estancación.

Es más, algunos han ido más lejos, y apoyándose en una ley bien conocida de fisiología patológica, según la cual una cavidad natural no se dilata más que cuando hay un obstáculo en su trayecto, han puesto en duda hasta la posibilidad de la dilatación del estómago en condiciones normales. Y, lógicos con este dato, han querido reservar el nombre de dilatación para sólo el caso en que hay estrechez pilórica, que puede por su parte ser resultado de causas extremadamente diversas.

Independientemente de la interpretación de los signos físicos, se ha discutido también la que el principal historiador de la dilatación había creído poder dar de ciertos síntomas gástricos y de ciertas coincidencias de orden general. Nada demuestra, por ejemplo, que los vómitos observados en muchos casos sean consecuencia de la dilatación misma: todo hace creer que más bien son resultado de una gastritis concomitante, de la hipersecreción mucosa ó de la hiperclorhidria, que casi siempre la acompañan. Y en cuanto á las hematemesis que se han visto en algunos casos,

es preciso interponer reservas formales acerca de su verdadera causa y de su origen. ¿No se trataría de lesiones de tendencia ulcerativa, cáncer, úlcera simple, que han podido pasarles inadvertidas á médicos sobradamente preocupados atribuyéndolo todo á la dilatación?

Análogas y todavía más motivadas restricciones pueden formularse en lo que respecta á los efectos á distancia, imputados á la dilatación. Entre ellos, los hay, como los trastornos cardíacos y la congestión del hígado, atribuibles á la dispepsia por sí sola, y con los cuales la dilatación nada tiene que ver. Con mayor razón se tiene derecho á ser escéptico cuando se trata de los resentimientos que tras la dilatación puede sufrir la nutrición general, de su papel en la génesis de la albuminuria, de la fosfaturia, de la peptonuria, ó de su influencia sobre el sistema nervioso, el pulmón, la piel, el riñón. Porque no hay un sistema anatómico ni un órgano que, según los historiadores de la dilatación, no pueda entrar en escena y traducir á su manera el estado del estómago, y esto, naturalmente, debe ocasionar un polimorfismo clínico extremadamente variado. Sólo faltaba hacer intervenir el artritismo, este *caput mortuum* de las cosas inexplicables, que suele ser la *ultima ratio* de los patólogos puestos en aprieto. No han dejado de hacerlo y hemos visto al artritismo ocupar su lugar entre las causas generales que se estiman capaces de favorecer y preparar el desarrollo de la dilatación. Sin embargo, esto no es más que una afirmación, poco á propósito para servir á una causa que se ha perdido por la misma exageración de sus adeptos.

Hace falta reducir el debate á proporciones más modestas y ver la dilatación como lo que es, no como una individualidad clínica y menos aún como una unidad patológica. La dilatación, dice Mathieu, no es una entidad distinta, es el término de desórdenes gástricos diversos, de igual modo que la asistolia es el término de lesiones cardíacas muy variadas. Por lo tanto, no puede ser considerada más que como una simple estancación del contenido estomacal. Es la definición que Debove y Achard han dado en el tratado de medicina y que Mathieu acepta en su última obra (1).

Aceptando esta definición, la dilatación resulta un hecho muy sencillo, hasta vulgar, cuya etiología es tan fácil de comprender como la del estreñimiento, con el cual presenta evidentes conexiones. Obedece la dilatación á dos órdenes de causas, que forman dos grupos de hechos correspondientes á dos variedades, que algunos autores distinguen cuidadosamente.

El primer grupo, que corresponde á lo que podría llamarse la dilatación verdadera ó genuina, comprende las causas mecánicas, es decir todos

(1) MATHIEU.— *Régime alimentaire dans le traitement des dyspepsies.*

los obstáculos que se oponen á la evacuación del estómago y al paso de los alimentos hacia el intestino. El obstáculo puede radicar en el mismo píloro ó en la región prepilórica; puede estar en el duodeno, ó por último, hallarse situado fuera del órgano, obrando por compresión de fuera hacia dentro.

El tipo de los hechos del primer género está representado por el cáncer del píloro: de él dependen los casos de dilatación más extremada, aquellos en que el órgano puede adquirir las mayores dimensiones. Luego figuran todas las estrecheces susceptibles de desarrollarse en este sitio, sobre todo las estenosis fibrosas consecutivas á la cicatrización de la úlcera simple, que, como es sabido, se desarrolla con gran frecuencia en las proximidades del píloro. Pueden equipararse con éstas las angosturas que se producen en el duodeno y que son consecuencia de las ulceraciones perfectamente descritas por Bucquoy en su memoria de 1879. Por último, intervienen las compresiones de fuera hacia dentro, ejercidas las más de las veces por un tumor desarrollado en la proximidad: cáncer de la cabeza del páncreas, del duodeno, de las vías biliares, aneurismas de la aorta abdominal, etc.

La influencia de todas estas causas es uniforme, pues es puramente mecánica; hay un obstáculo, y la cavidad situada por detrás de él se dilata, al mismo tiempo que sus paredes se hipertrofian por el aumento de trabajo.

Es la reproducción de lo que pasa en otros sitios ó en condiciones similares, en el corazón, en la vejiga, en el esófago, y en general en todos los órganos huecos provistos de paredes contráctiles. Se comprende que en estos casos la ectasia pueda adquirir un desarrollo considerable, que el estómago pueda ocupar gran parte de la cavidad abdominal, como ha podido observarse en algunas estrecheces del píloro.

La segunda especie de dilatación corresponde á un grupo de hechos muy diferentes, en los cuales no es tan fácil hallar la explicación del fenómeno. La calificación de atonía gástrica nervomotriz caracteriza con bastante exactitud este grupo, en el cual pueden incluirse todos los casos que no dependan de un obstáculo mecánico. Realmente, en ellos el fenómeno esencial consiste en la atonía, la relajación, la inercia de las túnicas estomacales y en particular de la capa muscular, cuyo papel es más activo. Puede compararse con lo que en el estreñimiento ocurre en el intestino, cuya pared deja de reaccionar ó reacciona débilmente sobre el contenido fecal, que de este modo se inmoviliza más ó menos tiempo.

De modo que á esta modalidad de la dilatación gástrica se la puede aplicar el nombre, bastante oportuno, de estreñimiento ó constipación del

estómago, recientemente propuesto por un joven escritor. De ordinario debe buscarse en el estado general la causa especial de esta atonía visceral. La sola enumeración de las enfermedades que pueden predisponer á ella sería muy larga: tendrían que citarse las anemias, la clorosis, la tuberculosis pulmonar, los trastornos de la nutrición, la neurastenia, etc. Es á poca diferencia la etiología del estreñimiento que, después de todo, no es más que una atonía motriz del tubo intestinal.

También se ha hecho mención de la influencia de las irregularidades del régimen, de la excesiva distancia entre las comidas y su sobrada abundancia; pero esto no sería más que una sobrecarga alimenticia y es discutible que pueda hablarse de dilatación verdadera.

En realidad, no habría que distinguir más que dos casos: la dilatación por obstáculo y la simple estancación por inacción relativa de las paredes gástricas.

Sin embargo, esta división puede parecer demasiado sencilla y se le reprochará de prescindir por completo de la dilatación *verdadera*, es decir, de la que va acompañada de estancación permanente de los líquidos y de los sólidos, con aumento exagerado de las dimensiones del estómago, é independiente de toda estrechez pilórica. Realmente esta dilatación, cuyo pronóstico sería grave, á decir de algunos, existe, pero con seguridad es mucho más rara de lo que antes se creía y de lo que enseñaron los primeros historiadores de la enfermedad. Sólo se la encuentra de tarde en tarde, excepcionalmente, y quizás con más frecuencia entre la clientela urbana que en el hospital, donde parecen dominar los casos de atonía gástrica simple.

Añadamos que hay actualmente una marcada tendencia á subordinar la existencia de la dilatación estomacal á la de estados gastropáticos anteriores, que pueden ser muy variados. Efectivamente, en los enfermos que presentan estancación permanente, se encuentran á menudo desórdenes digestivos anteriores, síntomas de gastritis de antigua fecha, que indudablemente parecen haber precedido á la dilatación. El principal carácter de estas gastropatías preparatorias consiste en traducirse por los signos de la hiperclorhidria, cuya significación patogénica resulta así afirmada de un modo inesperado. Alberto Robin las engloba bajo el nombre de *hiperestenia gástrica*, que comprende diferentes tipos: dispepsia ácida de Gubler, dispepsia hiperclorhídrica de G. Sée, hipersecreción protopática de forma permanente de Bouveret, enfermedad de Reichmann, hipersecreción crónica de Riegel, etc. Si esta idea es exacta, de ahora en adelante sería preciso buscar, en todo caso de estancación exagerada y permanente, la gastropatía que haga de factor etiológico y tenerlo en

cuenta en el tratamiento de un estado que no consideramos ya más que como un síntoma, como una consecuencia más ó menos directa de alteraciones orgánicas ó de perturbaciones funcionales.

Más recientemente se ha abierto camino una teoría, según la cual toda dilatación permanente sería resultado de una estenosis pilórica completa ó incompleta. No siempre es fácil demostrar durante la vida la existencia de esta estenosis y es asimismo difícil reconocer su origen, porque puede ocurrir que los enfermos no hayan presentado anteriormente ningún signo de afección ulcerativa del estómago, y esto naturalmente se opone á toda conclusión. Sin embargo, Boas, Hochhaus, Doyen y posteriormente Hayem, piensan que las estenosis incompletas pilóricas ó subpilóricas, son de un diagnóstico fácil. Habría para esto un signo seguro, que es la presencia constante, por la mañana en ayunas, de líquido estomacal conteniendo residuos de alimentos. Deberá decirse que la estrechez radica en el píloro, cuando el líquido de retención es abundante y contiene restos groseros de alimentos, fáciles de reconocer á la simple inspección y procedentes á veces de alimentos ingeridos mucho tiempo antes. Por el contrario, se diagnosticará una estenosis subpilórica si el líquido residual es poco abundante, teñido siempre por la bilis, y teniendo en suspensión partículas alimenticias bastante tenues para no ser perceptibles más que con el microscopio. Añadamos, aunque esto nos separe momentáneamente de nuestro asunto, que Hayem achaca á esta alteración pilórica, independientemente de la dilatación, un conjunto de síntomas gástricos muy importantes, caracterizados principalmente por la hipersecreción continua ó intermitente de jugo gástrico fuera de las comidas, hipersecreción reputada antes como una afección distinta y como tal descrita con el nombre de *gastro-jugorrea* ó *enfermedad de Reichmann*.

Tendremos ocasión de insistir sobre estas interesantes opiniones al hablar del tratamiento, porque implican consecuencias prácticas de gran alcance. Otros autores, sin llegar á admitir la existencia constante de una estenosis del píloro, se inclinan á aceptar la hipótesis de un espasmo más ó menos duradero de este orificio (Alberto Robin). Sea de ello lo que quiera, es visible que las tendencias actuales van por este camino y cada vez se alejan más del concepto de la dilatación primitiva, esencial, tal como la formuló Bouchard, y hasta podría decirse tal como la creó artificialmente de una vez. En la actualidad, el médico que observa que un estómago permanece dilatado en el intervalo de las comidas ofreciendo en ayunas signos de estancación alimenticia, debe pensar en un obstáculo pilórico y dirigir sus investigaciones en este sentido. A menudo llegará á una conclusión afirmativa.

En resumen, teniendo en cuenta las consideraciones expuestas, se ve que la etiología de la dilatación gástrica se reduce á tres condiciones principales, que corresponden á las tres variedades siguientes:

A. — Dilatación consecutiva á una estrechez pilórica ó subpilórica más ó menos pronunciada.

B.—Dilatación consecutiva á una alteración de la pared estomacal sin estenosis pilórica apreciable.

C.—Dilatación consecutiva á una simple atonía de las paredes del estómago. Esta última corresponde con bastante exactitud á la enfermedad que Bouchard ha descrito, y á ella debemos referirnos la mayor parte de lo que suele decirse de la dilatación.

No creemos que deba añadirse á esta lista la dilatación con hipersecreción continua, íntimamente ligada con la hiperclorhidria, y de la cual quisiera Mathieu hacer una variedad aparte. Tampoco mencionaremos más que como recuerdo lo que el mismo autor describe con el nombre de *estómago vertical,* con intención de hacerlo figurar al lado de la dilatación, y no lo describiremos porque no se trata más que de una simple disposición anatómica, casi especial de la mujer, que no puede justificar la intervención de los preceptos dietéticos ó de otra índole que se aplican al estómago crónicamente dilatado.

Añadiremos que esta clasificación es por necesidad un poco artificial y que sólo tiene una importancia relativa. Ocurre con ella lo que con la apreciación de los signos de la enfermedad misma, que siempre queda un poco entregada al arbitrio individual del médico. Por otra parte, desde el punto de vista de la intervención médica, tiene una importancia muy mediana. El tratamiento no tendrá que ser radicalmente distinto según se trate de una ó de otra variedad de dilatación. Conforme observa muy justamente Mathieu, que el orificio esté normal y la musculatura sea insuficiente ó que el orificio esté estenosado y la musculatura, aunque vigorosa, resulte impotente para vencer el obstáculo, el resultado es el mismo: hay estancación alimenticia, fermentaciones anormales, y bajo la influencia de éstos, irritación é inflamación crónica de la mucosa.

II

Indicaciones terapéuticas

De lo dicho se desprende que toda dilatación bien y debidamente comprobada implica, en cuanto al régimen, los mismos preceptos, que pueden resumirse en las proposiciones siguientes:

1.° Evitar la sobrecarga de alimentos y favorecer la digestibilidad de los mismos.

2.° Evitar la excesiva ingestión de líquidos.

3.° Combatir los fenómenos de intolerancia gástrica, muy frecuentes en la dilatación.

4.° Impedir las fermentaciones y descomposiciones intraestomacales.

No todos estos preceptos tienen el mismo valor, sin embargo, representan la parte esencial del tratamiento, puesto que se refieren á la elección de régimen. Luego hablaremos de las indicaciones particulares á tal ó cual variedad de dilatación.

A. — RÉGIMEN ALIMENTICIO

No es inútil recordar antes de entrar en materia que, en la dilatación permanente, los signos que predominan son los de intolerancia gástrica: lentitud de las digestiones, que son dolorosas y molestas; sensación de peso y de distensión después de las comidas; eructos gaseosos y regurgitaciones mucosas, flatulencia y á causa de ella timpanismo, aumento de los límites de la sonoridad estomacal, ruido de bazuqueo que puede percibirse en momentos muy distantes de las comidas. En un grado más avanzado, la intolerancia se manifiesta por la aparición de vómitos que sobrevienen en un momento variable, en general una hora después de la comida. Las materias vomitadas se componen principalmente de alimentos, de moco, á las veces de sangre mezclada con el contenido estomacal, y pueden accidentalmente despedir cierta fetidez.

En tales circunstancias, se impone por sí solo el primero de los indicados preceptos, porque el estómago digiere mal á consecuencia de la estancación de los alimentos en su cavidad. Lo primero que hace falta es espaciar convenientemente las comidas, de modo que la digestión de una esté acabada cuando se ingiera la siguiente. Para apreciar esta última condición, es decir, para llegar á conocer el momento preciso en que está acabada la quimificación y el bolo alimenticio ha penetrado en el intestino, es preciso dejarse guiar por las sensaciones del enfermo más que por el examen directo de la región estomacal, porque no debe sorprender encontrar signos de un resto de estancación alimenticia y de líquido persistente en el intervalo de las comidas (Mathieu). Teóricamente el medio más racional sería introducir los alimentos en pequeñas cantidades cada vez, reiterando esta ingestión mayor número de veces para suplir esta relativa insuficiencia de cada comida. Bouchard había preconizado este sistema de las comidas pequeñas para los casos de gran dilatación, con objeto de impedir

la distensión periódica del estómago y favorecer su retracción progresiva. En Alemania, estaba ya en uso desde hacía mucho tiempo y había sido objeto de una reglamentación minuciosa, como puede verse en el siguiente cuadro que Mathieu toma de la práctica de los médicos alemanes:

Rosenheim, por ejemplo, aconseja reglamentar las comidas cotidianas de la manera siguiente:

A las 6.—100 gramos de té, 50 de pan y un huevo.

A las 9.—100 gramos de jalea de carne, 50 de bizcocho y 10 de manteca.

Al mediodía.—150 gramos de biftec, 100 de arroz bien cocido ú otra legumbre y 150 de vino tinto.

A las 3.—50 gramos de pan blanco y 200 de leche.

A las 6.—100 gramos de asado frío ó de carne ahumada, 50 de bizcocho, 20 de manteca y 100 de vino tinto.

A las 9.—100 gramos de té y 100 de bizcocho.

Boas, otro médico alemán, propone las dos siguientes listas de alimentos, como modelo de comidas separadas:

Primer régimen.—A las 8.—100 gramos de té con leche sin azúcar y 50 de pan blanco tostado.

A las 10.—100 gramos de jamón, 30 de pan blanco y 10 de manteca.

Al mediodía.—150 gramos de buey asado, 50 de puré de patatas, que se pueden reemplazar por 50 gramos de espinacas y 50 de zanahorias ó de puré de judías.

A las 2.—50 gramos de crema.

A las 4.—100 gramos de té con leche endulzado con sacarina y 50 de pan tostado.

A las 7.—100 gramos de pescado frito, 50 de pan blanco, 10 de manteca y 100 de crema.

A las 9.—50 gramos de crema.

Segundo régimen.—A las 8.—50 gramos de crema, 50 de pan blanco y 10 de manteca.

A las 10.—100 gramos de huevos revueltos, 30 de pan blanco ó bien 100 de jamón y de buey asado.

Al mediodía.—100 gramos de pescado frito, 150 de bizcocho, 50 de puré de patatas y 50 de tortilla.

A las 2.—50 gramos de crema.

A las 4.—100 gramos de crema y 50 de pastel seco.

A las 7.—100 gramos de carne fría, 50 de pan blanco tostado y 10 de manteca.

A las 9.—100 gramos de crema.

Estas tres fórmulas, que es fácil modificar según las circunstancias, dan una idea de la importancia que ciertos médicos dan al régimen y á lo que nosotros llamamos la disciplina alimenticia en el tratamiento de la dilatación grande. Esta minuciosidad ha podido tener éxito en Alemania, el país de la reglamentación, donde la terapéutica se inspira en el carácter nacional. En Francia nos parece excesiva y casi inaplicable en las condiciones ordinarias de la vida, porque además choca con nuestros hábitos de sobriedad. Por otra parte, puede discutirse, como dice Mathieu, que este fraccionamiento de la alimentación, que no se propone más que evitar la sobrecarga del estómago, consigue realmente su propósito, y procediendo de este modo no se corre el riesgo de añadir sin cesar nuevos residuos al residuo estancado de las comidas precedentes. Algunos médicos han creído capital esta objeción, y por lo mismo, han adoptado otra manera de proceder sensiblemente diferente. Así, por ejemplo, Bouchard aconseja solamente tres comidas al día, suficientemente separadas una de otra para que medien de siete á nueve horas de intervalo entre las dos comidas principales, y cuatro horas entre el desayuno y el almuerzo. Para el desayuno, no permite más que un huevo pasado por agua, frutas cocidas ó en compota, prohibiendo el pan y toda bebida. Bouveret se ha hecho adepto de esta práctica, al paso que Dujardin-Beaumetz, Debove y Rémond todavía disminuyen el número de comidas, que reducen á dos, una á las diez de la mañana y otra á las siete de la noche. Mathieu sigue un método muy parecido á este último, sólo que critica la prohibición de bebidas en el desayuno y autoriza una pequeña cantidad de infusión caliente.

Es evidente que no debemos, por nuestra parte, elegir entre los dos métodos, porque es asunto de oportunidad y hace falta tener en cuenta los casos particulares, así como los hábitos de los enfermos. En general, nos parece mejor el sistema de las tres comidas convenientemente distanciadas, que el de las comidas pequeñas escalonadas á lo largo del día, porque éste, además de ser molesto y engorroso para las ocupaciones, tiene el grave inconveniente de fatigar el estómago, á causa de la excesiva frecuencia con que solicita su actividad la introducción periódica de alimentos. Es preciso no olvidar que la mayor parte de los dilatados son dispépticos, es decir, sujetos en quienes el quimismo gástrico y consecutivamente la quimificación, se realizan de una manera anormal. Podríamos además añadir que la cuestión pierde todo su interés á los ojos de los muchos médicos que ya no admiten la existencia de la dilatación esencial, que hasta la niegan y que por lo mismo han de discutir el valor de un sistema dietético dirigido contra una enfermedad que estiman problemática.

B. — DISMINUCIÓN DE LAS BEBIDAS. — RÉGIMEN SECO

Vamos á tratar uno de los puntos más discutidos del tratamiento de la dilatación, á saber, de la utilidad de la disminución de las bebidas y la institución del *régimen seco*, que precisamente tiene por base esta disminución. Es sabido que Bouchard había concedido gran importancia á esta práctica, que estimaba como una de las condiciones esenciales de la curación de la ectasia gástrica. Hoy día el régimen seco ha caído en un verdadero descrédito, ampliamente justificado por las objeciones que suscita y los malos resultados que se le reprochan. En primer lugar, las prescripciones que exige son muy desagradables para el enfermo y acaban por agotar su buena voluntad. Luego presenta el grave inconveniente de acarrear un enflaquecimiento rápido é inquietante en los que tienen el valor de seguirlo. Puede añadirse, como la razón más poderosa, que las bebidas ingeridas al mismo tiempo que los alimentos favorecen la digestión estomacal y que no debe prescindirse de su concurso en sujetos que precisamente presentan casi siempre trastornos dispépticos de antigua fecha.

G. Sée, que combatió resueltamente la utilidad del régimen seco, aconsejaba, por el contrario, el uso de abundantes bebidas calientes en las comidas, que tiene, entre otras ventajas, la de excitar las contracciones de la túnica muscular del estómago, debilitado por lo general en los dilatados. Mathieu acepta estas ideas, entre otras razones, porque la dieta de bebidas disminuye notablemente la secreción de la bilis y de la orina. No aconseja esta dieta más que en los casos graves, es decir, en aquellos en que la disminución cotidiana de la cantidad de orina demuestra una retención persistente de los líquidos en la cavidad estomacal, y se funda en que en los grandes dilatados la economía está ávida de agua y en ellos la absorción se realiza con facilidad. En tales casos, prescribe enemas acuosos repetidos, que bastan generalmente para calmar la sed de los enfermos. En los casos menos graves, hay que contentarse con reducir al mínimum la dosis de líquidos, 1,000 á 1,200 gramos al día, y hacer beber esta cantidad en muchas veces, parte durante las comidas, parte en las horas siguientes. Esta práctica representa como un término medio entre el sistema de algunos médicos, que dejan al enfermo beber á su capricho, y el régimen seco propiamente dicho, tan difícil de seguir y de una utilidad tan discutible.

C. — DIGESTIBILIDAD DE LOS ALIMENTOS

Una de las condiciones principales del tratamiento de la dilatación, es instituir un régimen que evite la sobrecarga del estómago y reduzca al mínimum el trabajo que este órgano ha de hacer. Esta última parte del programa se cumple con la elección de alimentos que sean de fácil digestión y al mismo tiempo nutritivos en pequeño volumen. Por lo tanto, es preciso proscribir los que no llenen esta condición y al mismo tiempo los que sean susceptibles de fermentar y dar origen á productos gaseosos y flatulencias. En este asunto, el acuerdo es unánime entre todos los médicos. Deben, por consiguiente, prohibirse los manjares complicados, las salsas grasas y espesas, etc. La misma prohibición han de sufrir las legumbres verdes, que encierran pocas substancias nutritivas, y todos los manjares crudos. Las legumbres secas sólo deben darse en forma de purés, es decir, previamente descortezadas y desprovistas de la envoltura de celulosa que no proporciona nada alimenticio y atraviesa inalterada el tubo digestivo. Algunos médicos dan, en vez de ellas, glucosa ó lactosa, que en cierto modo son feculentos ya digeridos. Otros prohiben al mismo tiempo las frutas crudas, reemplazándolas por las frutas cocidas en pequeña cantidad. Lo esencial es que todos los alimentos sean bien divididos y preparados para el trabajo de quimificación. El polvo de carne, los polvos alimenticios, las papillas, las harinas, cumplen bastante bien esta condición. En los casos de mediana gravedad, Mathieu aconseja el uso de la carne asada, sobre todo bien picada, los huevos, etc.

D. — DISMINUCIÓN DE LAS FERMENTACIONES

Es un hecho demostrado que un estómago dilatado, que vacía mal su contenido, se vuelve por lo mismo apto para que en él tengan lugar descomposiciones y fermentaciones alimenticias incesantes y más ó menos activas. Bouchard ha insistido mucho sobre este punto, y considerando estas fermentaciones anormales como origen de intoxicación, ha construído toda una teoría, cuya sanción era el uso sistemático de la antisepsia gastro-intestinal.

Seguramente tienen mucho de exageradas la interpretación que este autor creyó deber dar de un hecho cierto en sí mismo y las conclusiones que dedujo. Sin embargo, debe tenerse en cuenta la posibilidad del hecho y procurar en lo posible disminuir estas fermentaciones, lo cual se conseguirá evitando la ingestión de alimentos que ya están en vías de altera-

ción ó de putrefacción y por consiguiente cargados de microbios y de toxinas. Conformes con esta indicación, se suprimirán las carnes pasadas, el pescado dudoso, los embutidos, la caza. Mathieu, Debove y Rémond aconsejan, sin embargo, el uso de las carnes ahumadas, pero precisamente porque estas carnes, impregnadas de productos empireumáticos, están en un estado de relativa asepsia, que las hace fácilmente inofensivas.

Cuando, á pesar de estas precauciones, las fermentaciones son intensas, lo cual generalmente indica una estancación prolongada de los alimentos, están indicados los agentes de la antisepsia intestinal. Bouchard había preconizado con este objeto los antisépticos insolubles, cuyo uso vulgarizó con sus trabajos. La lista de estos medicamentos es larga, pero los de uso corriente son: el *salicilato de bismuto*, el *salol*, el *naftol*, la *naftalina*, el *carbón*. Estos medicamentos pueden asociarse en proporciones diversas, y en la elección de las fórmulas cada uno se deja llevar por su experiencia personal. He aquí algunas de las más usadas:

1.° Naftol β. . . . . } aa. . . . . 0 gr. 50
Salicilato de bismuto. . . }

Para una oblea.

2.° Naftol α. . . . . 0 gr. 40
Salicilato de bismuto. . . . . 0 gr. 50

Para una oblea.

3.° Salicilato de bismuto. . . . . 0 gr. 40
Carbón vegetal porfirizado. . . . . 0 gr. 60

Para una oblea.

4.° Benzonaftol. . . . . 0 gr. 50
Carbón. . . . . 0 gr. 40

Para una oblea.

5.° Resorcina. . . . . } aa. . . . . 0 gr. 20
Carbón pulverizado. . . }
Magnesia calcinada. . . }

Para una oblea, que, como las anteriores, se tomará al final de la comida.

Estas son fórmulas de uso corriente en la serie de los antisépticos insolubles. Sin embargo, será bueno recordar que estos medicamentos no son inofensivos, que muchos de ellos ejercen una acción irritante sobre la mucosa del tubo digestivo, y que es necesario vigilar sus efectos sobre un estómago ya sometido á numerosas causas de intolerancia y de inflamación. Ya muchos médicos han renunciado á estos agentes á causa de esta acción irritante y otros han seguido el mismo camino en vista de que su eficacia era á menudo dudosa. Según ellos, la antisepsia gastro-intestinal se lograría mejor con los *purgantes* que activan la expulsión de las masas residuales, y con el lavado del estómago, del cual vamos á hablar.

III

Lavado del estómago

Desde que Kussmaul imaginó un instrumento y Faucher simplificó el modo operatorio, este método se hizo de uso corriente. Indudablemente se abusó de él, y ha venido una reacción que reduce singularmente sus aplicaciones.

La verdadera indicación consiste en la intolerancia gástrica, por una parte, y por otra en la producción bien demostrada de fermentaciones intra-estomacales, circunstancias conexas y casi siempre asociadas. La intolerancia gástrica depende la mayor parte de las veces de una estrechez pilórica, pero no siempre y necesariamente está en proporción con el grado de esta estenosis. En ciertos casos, la intolerancia del estómago es tal, que los alimentos son vomitados inmediatamente después de su ingestión. Por lo general, los vómitos sobrevienen á distancia mayor ó menor de las comidas: vómitos alimenticios, luego mucosos, biliosos, á las veces hemorrágicos, á menudo de olor francamente ácido, otras veces decididamente fétidos. En ocasiones se encuentran en ellos residuos de alimentos ingeridos muchos días antes.

En estos casos, la indicación es precisa y la satisface el lavado, que en ninguna otra ocasión puede prestar mejores servicios, y aquí constituye verdaderamente una operación de necesidad.

Es inútil insistir en la técnica de esta operación, que es familiar á todos los médicos desde la vulgarización del aparato de Faucher, que tiene sobre la bomba de Kussmaul la ventaja de ser inofensivo.

El número de lavados debe subordinarse á las indicaciones de cada caso particular; lo único que puede decirse de una manera general, es que su acción es principalmente mecánica y que su utilidad es proporcional al grado de intolerancia gástrica, es decir, al grado de estenosis pilórica y al de dilatación. Por esto tiene poco interés la elección de las soluciones destinadas á esta operación, porque el poco tiempo que permanecen en contacto con la mucosa gástrica, permite esperar poca cosa de la acción terapéutica especial que por su parte puedan ejercer. En la mayoría de los casos puede ser suficiente el agua simplemente *hervida;* sin embargo, el agua de *Vichy* está indicada, especialmente cuando hay indicios de formación de ácidos grasos ó de hiperclorhidria, y los líquidos antisépticos *(ácido bórico, resorcina, naftol)* estarán indicados cuando haya signos de putridez de los alimentos. Mathieu recomienda las soluciones de *salicilato de sosa*, probablemente en los mismos casos que las últimas.

Respecto á la cuestión del momento que debe elegirse para el lavado, hay diversas opiniones. En general, es preferible escoger el tiempo más distante de la comida principal, para arrastrar el máximum de residuos. En los casos graves, es decir, cuando hay signos de intolerancia excesiva, caracterizada por vómitos frecuentes y copiosos, se hacen necesarios muchos lavados al día, dos por lo menos. Para disminuir el número de lavados, y finalmente suprimirlos, el médico debe guiarse por la cesación de los signos de intolerancia y la disminución de los fenómenos de putridez.

En algunos enfermos, es bien apreciable el resultado de esta intervención: se da á conocer en forma de una sensación de bienestar que depende de la desaparición de los dolores, de los vómitos, de los eructos y las acedías, efectos todos que indican una marcada atenuación de la irritación de la mucosa gástrica. Generalmente, los casos en que el lavado no proporciona modificación alguna, son muy graves; es verosímil que se trata de dilatación por estenosis infranqueable y ya no basta este tratamiento médico: hay que recurrir á la intervención quirúrgica.

Véanse algunas fórmulas de soluciones usadas para lavar el estómago dilatado:

A. Soluciones alcalinas:

1.°	Bicarbonato de sosa..	5 gramos
	Agua..	1 litro
Disuélvase.		
2.°	Bicarbonato de sosa..	20 gramos
	Agua.	1 litro
Disuélvase.		

Esta última solución, mucho más concentrada que la primera, está indicada sobre todo en la hiperclorhidria.

B. Soluciones antisépticas:

1.°	Acido salicílico.	1 gramo
	Agua hervida..	1 litro
Disuélvase.		
2.°	Resorcina.	10 gramos
	Agua..	1 litro
Disuélvase.		
3.°	Acido bórico.	20 gramos
	Agua hervida..	1 litro
Disuélvase.		
4.°	Nitrato de plata..	1 á 2 gramos
	Agua..	1 litro
Disuélvase.		
Etc., etc.		

Mencionaremos, además, el *agua clorofórmica* y el *agua sulfocarbonada*, como agentes de desinfección del contenido estomacal.

IV

Medicación excitante de la tonicidad muscular

A. — CONSIDERACIONES GENERALES

Los primeros autores que han tratado de la dilatación, han insistido sobre esta parte del programa terapéutico de la enfermedad. Esta preocupación estaba conforme con la idea que tenían de su naturaleza, puesto que no veían en ella otra cosa que una debilitación progresiva, una relajación, una especie de paresia de la túnica muscular, que, perdiendo su acción sobre el contenido gástrico, permitía que el ventrículo fuera agrandándose y adquiriendo dimensiones cada vez más exageradas.

Llevados por esta idea, han instituído una serie de medios que todos tienden al mismo fin: favorecer la readquisición de la contractilidad normal de las fibras gástricas. Entre ellos figura en primer lugar el empleo de ciertos medicamentos: el *cornezuelo de centeno*, la *nuez vómica*, la *ipecacuana;* luego una serie de prácticas, ó mejor dicho, de medios externos, que se resumen en el empleo de ciertos agentes físicos, tales como la *hidroterapia*, la *electricidad*, el *masaje*.

Seguramente, el empleo de estos medios es lógico y debe conservarse, pero con la condición de que previamente nos entendamos respecto al sentido de la palabra dilatación. A este propósito, nosotros creemos que se confunde la dilatación verdadera, que es casi siempre resultado de una estenosis orgánica ó espasmódica del píloro, y la simple atonía gástrica, estado frecuente, vulgar y de escaso interés desde el punto de vista nosológico. Contra la primera, son casi impotentes los medios de que se trata, porque no es posible esperar de ellos que levanten el obstáculo, causante verdadero de los accidentes. Por el contrario, tales agentes están lógicamente indicados cuando se trata de la segunda, y en realidad á esto se refieren la mayor parte de las proposiciones formuladas acerca del tratamiento de la dilatación.

B. — ATONÍA GÁSTRICA

A esta seudodilatación se le ha dado también el nombre de atonía nervomotriz, que expresa con bastante exactitud su verdadera causa; porque lo que domina en los casos que á ella pertenecen, es la relajación y la atonía de las paredes del estómago, condición que favorece, no

la ectasia propiamente dicha, sino una estancación relativa de los alimentos y de las secreciones gástricas. En general, el origen de este estado especial hay que ir á buscarlo en una modificación de la influencia nerviosa y en el aflojamiento del tonus muscular. Estaría bien aplicada aquí la designación de *neurastenia gástrica,* y la conservaremos de buena gana con tal de que no se la atribuya más que su significación verdadera y no se la haga sinónima de una neurosis distinta, de un estado categorizado como el histerismo.

De ordinario, esta viciosa modalidad del sistema nervioso que ocasiona la disminución de la contractilidad estomacal, viene preparada por un estado general previo, cuya etiqueta puede ser extremadamente variada. Así influye todo lo que puede debilitar al individuo alterando ó retardando su nutrición: las anemias, las caquexias, la clorosis, la misma neurastenia, estado proteiforme que reviste tan gran variedad de expresiones sintomáticas. Evidentemente entra en esta categoría la dilatación que se ha observado á consecuencia de la fiebre tifoidea y de algunas otras enfermedades infectivas. Hanse citado también la fatiga morbosa, la alimentación grosera ó mal reglamentada y, en otro orden de ideas, la vida sedentaria, la falta de ejercicio, etc. Sería la enfermedad del obrero de la inteligencia y del sedentario.

Como se ve, la atonía gástrica puede resultar de causas muy variadas; pero en realidad las indicaciones que de ella nacen son muy uniformes y se reducen á un corto número de preceptos bastante sencillos y de fácil recuerdo.

No es necesario instituir un régimen tan severo como en los casos de gran dilatación; esto sería una agresión terapéutica desproporcionada con el fin que se persigue, y que consiste sencillamente en *restablecer la tonicidad gástrica normal.* Pueden ser suficientes medios más sencillos. Uno de los más elementales consiste en el empleo de *bebidas calientes* durante las comidas. Sábese, en efecto, que el agua caliente tiene la propiedad de despertar la acción de las fibras lisas, de provocar y activar sus contracciones; sin duda de esta acción despréndese el efecto tónico y la digestibilidad especial de los alimentos calientes. G. Sée ha insistido mucho sobre la utilidad de esta práctica y aconsejaba á sus enfermos que, en la comida, bebieran té caliente y azucarado. Mathieu ha seguido esta opinión y prescribe un vaso de agua de *Vichy* caliente antes de la comida, para excitar la secreción gástrica, y al acabar de comer, una taza de infusión caliente de una planta aromática. Según él, esto podría convenir á la mayoría de los dispépticos.

Corto es el número de medicamentos que pueden concurrir al mismo

fin: son en primer lugar todos los amargos, la *nuez vómica* entre otros, y luego, en otro orden de ideas, el *cornezuelo de centeno*, la *ipecacuana*. Mathieu insiste sobre la utilidad de esta última, que ya Peter había preconizado, y aconseja tomar después de la comida cinco ó seis pastillas de ipecacuana (del Códex francés), que no contienen más que una mínima fracción del medicamento, 1 á 2 centigramos; á esta dosis la ipecacuana no puede ser nauseosa, pero puede ejercer su efecto útil.

El empleo del cornezuelo de centeno se funda en ideas teóricas; no pueden esperarse de él grandes beneficios en el tratamiento de la atonía gástrica.

Mucho se ha discutido también acerca de la utilidad de los *amargos*, que algunos rechazan, á pesar de su acción indudable, partiendo del principio de que es preciso abstenerse de todo lo que pueda irritar una mucosa ya inflamada. En todo caso, hace falta no olvidar que entre estas substancias, unas apenas obran más que como estimulantes del apetito, como aperitivos, y otras, como las estricninas, son violentos venenos, cuyo manejo exige grandes precauciones. Las fórmulas de preparaciones amargas son muy numerosas; indicaremos algunas de las que pueden emplearse en el caso que nos ocupa:

Sulfato de estricnina.	0 gr. 05
Agua destilada.	150 gramos

Disuélvase.

Una cucharada de café de esta solución media hora antes de cada comida en una taza de tisana amarga (genciana, achicoria, etc.).

Sulfato de estricnina.	0 gr. 001
Extracto de centáurea.	0 gr. 05
Polvo de genciana.	c. s.

Para una píldora. Una ó dos píldoras una hora antes de cada comida.

Cuasina amorfa.	0 gr. 05
Polvo de ruibarbo.	0 gr. 25

Para una oblea. Para tomar media hora antes de cada una de las comidas principales.

Como ya hemos dicho, se ha recurrido también á los agentes de orden físico, *hidroterapia, masaje, electrización*. Algunas veces ha parecido que la ducha local persistente, aplicada sobre la región epigástrica, producía buenos efectos en los dilatados por debilitación nervomotriz. Sin embargo, hay que preguntar si en estos casos el agua fría no obra por intervención del sistema nervioso general mejor que por un efecto puramente local. Esta reflexión no es aplicable al masaje, cuya acción, casi exclusivamente mecánica, se desarrolla únicamente en el sitio sobre el cual se practica.

Las indicaciones del *masaje* en la atonía gástrica son casi las mismas que en el estreñimiento, que, al fin y al cabo, no es más que una atonía del intestino. Quizás resulte un medio auxiliar muy útil, según se deduce de observaciones publicadas en estos últimos tiempos (1). Mathieu ha preconizado el empleo del masaje en el tratamiento de la dispepsia nervomotriz, variedad en la cual la disminución de la contractilidad del tubo digestivo juega un papel tan importante, sino más, que el de la alteración del quimismo estomacal.

La *electrización* puede también prestar algunos servicios en el tratamiento de la atonía gastro-intestinal, con ó sin dilatación persistente, pero son servicios bastante limitados, que la reducen á un medio accesorio, como la ducha y el masaje. Sin embargo, se han referido algunos casos de dilatación bastante considerable que curaron merced á la aplicación persistente de las corrientes continuas.

Estos casos afortunados podrían compararse con los que Fernet ha relatado recientemente ante la Sociedad médica de los hospitales y que se referían á enfermos afectos de paresia intestinal con exagerado timpanismo, consecutivamente á la fiebre tifoidea. Fernet ha visto reaparecer esta parálisis, juntamente con el tenaz estreñimiento que la acompañaba, después de un corto número de sesiones de electrización de algunos minutos, con corrientes de baja tensión (6 miliamperes). Es un resultado halagüeño, y podría generalizarse el método, aplicándolo á ciertas atonías estomacales tan tenaces como la paresia intestinal.

En los casos de dilatación propiamente dicha, se ha procurado influir directamente sobre las fibras musculares por medio de un reóforo introducido directamente en el estómago á través del esófago, aplicando el otro polo en la región epigástrica. Pero este método es poco práctico y en su apoyo se citan muy pocos casos de mejoría. En la mayoría de los casos publicados, la electrización se empleó juntamente con el masaje y el régimen, y de esta suerte resulta difícil discernir la parte que le corresponde en los resultados.

En resumeu, la atonía gástrica y la dilatación, que á menudo se asocian, indican sobre todo el empleo de medios que tiendan á despertar la actividad del sistema nervioso y de los elementos contráctiles de la pared estomacal. Podría decirse que en esta proposición se encierra casi todo el tratamiento de muchas pretendidas atonías gástricas, que no son más que dispepsias nervomotrices por debilidad.

(1) Véase CAUTRU.—*Thèse de Paris*, 1894.

V

Intervención quirúrgica

Si tratamos en capítulo aparte de la intervención operatoria, es porque desde hace algunos años ha adquirido un lugar muy importante en el tratamiento de las enfermedades del estómago y en particular en el de las dilataciones por obstáculo mecánico; porque, como se comprende, no se puede tratar más que de las estenosis pilóricas casi infranqueables, es decir de aquellas que acarrean una dilatación imposible de modificar por los medios ordinarios. El médico tiene que cumplir en tales casos una indicación urgente: la que obliga á restablecer la permeabilidad del tubo digestivo para evitar que el enfermo se muera de inanición.

En casos tales es cuando la cirugía puede intervenir con éxito, bien sea practicando la simple resección del píloro seguida de la sutura de las partes seccionadas, como en el caso de cáncer de esta región, bien estableciendo una comunicación directa entre el estómago y el segmento más próximo del intestino delgado. Esta última operación, la gastro-enterostomía, parece ser la preferible y es la que hoy se practica más corrientemente. Las más de las veces sus resultados han sido dudosos; en muchos casos citados como éxito, la supervivencia lograda no parece haber sido sensiblemente superior á la duración media de la enfermedad abandonada á sí misma.

Recordaremos también que uno de los cirujanos que más han extremado esta tendencia, Doyen (de Reims), ha creído que la intervención operatoria podría extenderse á los casos en que no existe estrechez orgánica, sino simplemente un espasmo del píloro, despertado y sostenido por lesiones distantes (úlcera gástrica duodenal), ó hasta por un sencillo estado dispéptico. En muchos casos la gastroenterostomía hizo desaparecer trastornos gástricos tenaces y rebeldes, permitiendo que el enfermo se alimentara y las fuerzas se restablecieran notablemente. Doyen atribuye esta mejoría á la cesación de los fenómenos de estancación alimenticia, sostenidos por el estado espasmódico del píloro.

En casos análogos, es decir, en que no había obstáculo en el píloro y la dilatación parecía primitiva, Bircher ha imaginado una operación que lleva su nombre, y consiste en suprimir toda la parte inferior de la cavidad gástrica, reuniendo las paredes anterior y posterior por medio de muchos puntos de sutura. No reseca el colgajo, sino que lo deja en la cavidad abdominal. Suprimiendo el fondo en que los alimentos se acumu-

laban, se restablece la circulación normal en el tubo digestivo. Nos limitamos á resumir las ideas que han originado este género de intervenciones.

Ya que hablamos de las indicaciones operatorias relativas á las estenosis del píloro, digamos que muy recientemente Hayem las ha mencionado tratando de esa gastropatía que se llama *gastrosucorrea* ó *enfermedad de Reichmann*. Según este observador, la enfermedad en cuestión no sería en manera alguna una afección nerviosa protopática de origen central ó periférico que produjera una hipersecreción continua, sino que, por el contrario, sería siempre resultado de una estenosis pilórica completa ó incompleta, que impediría la libre evacuación del jugo gástrico en el duodeno. En suma, se trataría de una acumulación por retención. Pero lo que más importa saber es que la enfermedad resiste á todos los tratamientos. El único verdaderamente curativo sería la intervención quirúrgica, cuya oportunidad es variable y está subordinada á la apreciación del médico. La inanición progresiva y la inminencia de la tuberculosis, representarían dos indicaciones decisivas, indicaciones que exigen la operación sin más espera. Estas nuevas ideas son tan afines con el objeto de nuestro estudio, que no podíamos dejar de hablar de ellas. Insistimos más en mencionarlas para demostrar cuán íntimas son sus relaciones entre la historia de las estenosis pilóricas y la de la dilatación, y recíprocamente, lo cual confirma la idea que hemos emitido al comenzar este artículo acerca la habitual subordinación y la solidaridad de estos dos hechos.

VI

Dilatación del estómago en el niño

A creer algunos libros de pediatría, la dilatación del estómago sería frecuente en el niño y hasta constituiría un capítulo importante de la patología de la primera infancia. Comby, que escribió una de las primeras memorias relativas á este asunto (1), hace resaltar esta frecuencia é insiste en su valor, recordando que el tubo digestivo, origen de múltiples desórdenes, es el eje á cuyo alrededor gira toda la patología del recién nacido, hecha abstracción de las enfermedades congénitas y hereditarias. La dilatación se asocia sobre todo muy á menudo en el niño con el raquitismo, es su habitual acompañante; asociación que no es en modo alguno fortuita ni mucho menos, pues existe entre las dos enfermedades

(1) Comby. — *Arch. génér. de méd.* 1884.

una relación de causa á efecto, ya que los trastornos digestivos preceden y preparan la alteración raquítica. Pero estos trastornos digestivos son á su vez consecutivos á una mala alimentación, según demuestran hasta la evidencia todas las observaciones.

El comienzo de la enfermedad es insidioso, sus caracteres son análogos á los de las enfermedades crónicas, cuyo desarrollo es las más de las veces silencioso.

Los trastornos funcionales radican unas veces en el aparato digestivo (dispepsia), otras en el sistema nervioso (convulsiones, insomnio), ó bien en la piel (usagre, urticaria) ó en las mucosas (bronquitis).

Los signos físicos consisten en un desarrollo exagerado del vientre, con timpanismo y existencia de ruido de bazuqueo, que se reproduce fácilmente

El pronóstico es grave, porque la dilatación puede persistir en la segunda infancia y aun llegar á la edad adulta.

La causa principal y hasta única, sería la alimentación grosera ó prematura, el destete brusco hecho sin transición, etc.

Justo es añadir que, según Comby, la subordinación del raquitismo á la dilatación no es directa, inmediata. Ambos estados patológicos proceden de una causa común, la alimentación defectuosa ó insuficiente; pero no puede decirse que la dilatación engendre directamente el raquitismo. Es más, Comby protesta contra esta interpretación, separándose así deliberadamente de la opinión de Parrot acerca de las causas de la gran distrofia ósea que se llama raquitismo.

Tal es, en brevísimo resumen, la idea que se tenía de la dilatación del estómago en el niño hace quince años, cuando las primeras investigaciones hechas sobre este asunto. En ellas se nota la influencia de las ideas de Bouchard, que había hecho suyo el estudio de esta enfermedad, y las huellas de su enseñanza, sobre todo la tendencia á subordinar á la simple comprobación clínica de la ectasia gástrica, la mayor parte si no la totalidad de los trastornos simultáneos de diferentes sistemas, con lo cual, naturalmente, se sobrecargaba el cuadro semiológico de la enfermedad. Al tratar de la dilatación en el adulto, hemos expresado las reservas que nos parece exigir este punto. Las mismas restricciones debemos formular á propósito de la dilatación en el niño, en la cual se han amplificado también desmesuradamente las consecuencias de un hecho que, al fin y al cabo, es tan sólo un accidente pasajero, sometido á una etiología de muy fácil comprensión.

El conocimiento de esta etiología, que se reduce á una sola noción, la alimentación viciosa, debe presidir al tratamiento, ó por mejor decir la

profilaxia. En consecuencia, el médico debe aconsejar la lactancia natural y prohibir las tetadas demasiado frecuentes, espaciándolas dentro de límites racionales. Debe prohibir asimismo el uso del biberón y la prematura ingestión de feculentos y substancias indigestas. En general, es conveniente retrasar la época del destete para evitar la sobrecarga del estómago cuando se cambia la alimentación.

Para los niños mayores, Comby aconseja la dieta seca y, en ciertos casos, el lavado del estómago.

La dilatación gastro-intestinal con dispepsia en los niños, ha sido más recientemente objeto de nuevos y numerosos estudios. En general, se la considera como una de las más comunes consecuencias de las transgresiones higiénicas cometidas en la infancia. Tales transgresiones serían causa de que menguaran las operaciones químicas de la digestión, de que con este quimismo imperfecto ocurrieran fermentaciones anormales, y de que luego cayera en atonía el tubo digestivo entero. Esta es, poco más ó menos, la teoría de Bouchard y de Comby; pero sólo haremos notar que la dispepsia desempeña en tales casos un papel considerable, quizás inicial, y que no cabe pensar en estudiar ni tratar aparte la estancación gástrica, como ha podido hacerse en el adulto, en el cual ha parecido constituir á las veces toda la enfermedad.

De esta suerte el tratamiento se dirige cuando menos tanto á la dispepsia como á la dilatación, que no viene á representar más que un síntoma secundario y accesorio. Así es, que se recomienda el empleo de los fermentos digestivos para remediar la insuficiencia de los fermentos naturales, entre otros, el *ácido clorhídrico*, muy usado en la terapéutica de los niños. Gillet aconseja la siguiente solución, que tiene un grado de concentración casi igual á la del jugo gástrico natural:

Acido clorhídrico medicinal.	0 gr. 40
Agua destilada..	100 gramos

M. s. a.

Una cucharada de café después de las comidas.

La *pancreatina*, la *pepsina*, la *maltina* son igualmente fermentos racionales. Gillet aconseja preferentemente los elíxires alcohólicos ó los polvos que pueden mezclarse con azúcar ó dulces.

La antisepsia intestinal se consigue, de igual modo que en el adulto, en parte por medio del *régimen*, que debe variar según la edad del niño, en parte con medicamentos que entorpezcan las fermentaciones. Antes de los dos años, el niño no debe beber más que leche, á ser posible esterilizada; próximamente tres cuartos de litro en cuatro tomas, regularmente

espaciadas. Huevos y feculentos bien cocidos completan su alimentación. Después de la edad de dos años, se aconseja una alimentación especial, excluyendo con el cuidado posible todo lo que pueda favorecer las fermentaciones. Algunos médicos quieren además que se racionen estricta y metódicamente las bebidas, aplicando una forma atenuada del régimen seco. En suma, es la misma dietética de la dilatación en el adulto, mitigada en razón á la edad y á las exigencias del estómago, que todavía no está suficientemente educado.

En cuanto á los medicamentos de la serie antiséptica, son los mismos que se emplean en el adulto y cuyas fórmulas consignamos anteriormente. Recordaremos que Alberto Robin da la preferencia á los *fluoruros*, que tienen la propiedad de cohibir las fermentaciones causadas por las bacterias y respetar las que derivan de los fermentos no figurados. Una de sus fórmulas es la siguiente:

Fluoruro de amonio.	0 gr. 50
Agua.	300 gramos

Disuélvase.

Una cucharada pequeña ó grande dos horas después de la comida.

A manera de post-escriptum, debemos añadir que Comby ha vuelto á tratar de la dilatación estomacal en el niño en una memoria muy reciente (*Soc. méd. de los Hospitales*, 1897), en la cual todavía ha acentuado sus antiguas conclusiones. Esta vez sus investigaciones se refieren á cuatro categorías de niños: 1.° de 0 á 3 meses; 2.° de 3 á 6 meses; 3.° de 6 á 12 meses; 4.° de 1 á 2 años. Ha comprobado la existencia de la dilatación en el mayor número de niños de cada grupo y ha visto que á las veces esta dilatación era enorme, llegando á medir hasta 740 centímetros cúbicos en niños del primer grupo, cifra verdaderamente excesiva. En 87 niños de 0 á 2 años, muertos en el servicio de cunas del Hospital des Enfants, 64 tenían el estómago dilatado, sólo 16 tenían el estómago de capacidad ordinaria ó inferior á la normal.

La causas de este estado de cosas son las que Comby indicó en su memoria de 1884: destete prematuro, alimentación grosera y de mala calidad, uso del biberón sin discernimiento, etc. En estas condiciones sobreviene la estancación gástrica y transforma al estómago en un saco inerte que retiene los alimentos en vez de expulsarlos y se vuelve impropia para la digestión. El contenido gástrico se convierte en un putrílago infecto, que sería fuente activa de intoxicación, algunos de cuyos últimos accidentes: diarrea, vómitos, atrepsia, convulsiones, no serían más que su manifestación clínica. Estos últimos fenómenos bastan y sobran para explicar la muerte, que, sin embargo, puede sobrevenir por otras causas, por una infección intercurrente, de origen nosocomial las más veces, como una broncopneumonía. Comby ha encontrado al mismo tiempo lesiones de enteritis, alteraciones del hígado, del bazo y de los riñones. De modo que tiene razón para imputar una gravedad excesiva á la dilatación en la infancia.

El tratamiento es el que hemos indicado antes, siguiendo al mismo autor: se funda principalmente en el régimen, que termina restableciendo la alimentación normal. Pero esta vez Comby insiste en la utilidad del lavado del estómago, que sería una operación muy fácil de practicar en los niños pequeños: después del lavado, desaparecen los vómitos, y es éste el primer signo de que se restablece la

tolerancia, progresivamente afirmada por el régimen. También insiste, como la mayoría de los autores que han tratado de la dilatación, en la necesidad de someter los enfermitos á ciertas reglas de higiene después de curados, fundándose en que estos precoces dispépticos siguen siendo, á pesar de todo, dilatados efectivos ó en potencia, y su intestino se mantiene alargado. Por esta razón existiría en ellos una tara permanente, una especie de *lethalis arundo,* que es preciso vigilar. Ya Bouchard había formulado un juicio análogo acerca de la dilatación en el adulto, dudando de la posibilidad de la curación absoluta é insistiendo en la frecuencia de las recidivas. Tiene esta evolución pronóstica un matiz de pesimismo, que hay razón para encontrar un poco exagerado.

CAPÍTULO XX

TRATAMIENTO DE LA ÚLCERA SIMPLE DEL ESTÓMAGO Y DEL DUODENO

POR

J. BUCQUOY

Miembro de la Academia de Medicina, médico honorario de los hospitales

TRADUCCIÓN DE JOSÉ GÓNGORA

I. — ÚLCERA SIMPLE DEL ESTÓMAGO

I

Consideraciones generales

Cuando Cruveilhier demostró en una memoria célebre la existencia de la enfermedad gástrica que describió con el nombre de *úlcera simple del estómago,* formuló también de una manera precisa y magistral las reglas del tratamiento que debe instituirse para curarla.

Cuarenta años van transcurridos desde entonces, y á pesar de los numerosos trabajos á que ha dado lugar el estudio de esta interesante enfermedad, no parece que, sobre todo desde el punto de vista terapéutico, se haya añadido algo importante á nuestros conocimientos, pues el tratamiento es absolutamente el mismo que Cruveilhier dejó indicado en su trabajo, cuando menos en lo que concierne al *tratamiento médico.*

Pero, desde hace algunos años, la cirugía se ha visto llamada á intervenir en el tratamiento de esta enfermedad en razón de la utilidad, ya bien demostrada hoy día, de la laparotomía en los casos de peritonitis por perforación. De modo que el tratamiento de la úlcera simple gástrica cuenta con un capítulo nuevo, su *tratamiento quirúrgico.*

No entra en el plan de esta obra el rehacer la historia de una enfermedad, bien conocida y descrita en todos los tratados de patología. Sin embargo, algunos extremos merecen que nos detengamos recordándolos, porque servirán de punto de partida para establecer las indicaciones en que se funda el tratamiento médico de la úlcera simple del estómago.

Según Cruveilhier, esta enfermedad es una gastritis ulcerativa, es decir, una inflamación de la mucosa del estómago con ulceración. No obstante, difiere de la gastritis ulcerativa propiamente dicha por ciertos caracteres.

La gastritis ulcerativa, cuyo tipo está representado por la gastritis alcohólica, es una inflamación extendida en superficie y en profundidad, que ocupa la totalidad ó una gran parte de la mucosa del estómago. En ella se ven pérdidas de substancia más ó menos numerosas, diseminadas, superficiales y formadas á expensas del epitelio descamado, que además destruyen cierto espesor de la mucosa misma y son siempre muy irregulares.

Por el contrario, la úlcera simple asienta de ordinario sobre una mucosa que no presenta muestras evidentes de inflamación en otros puntos. En general, es única, y aun siendo múltiples las ulceraciones son siempre poco numerosas; su sitio predilecto es la proximidad de la corvadura menor ó de la región pilórica. Su forma, bastante regular, es redondeada, y de ahí el nombre de *úlcera redonda*. Aunque puede extenderse bastante en superficie, su tendencia es excavar en profundidad, y de ahí las más graves complicaciones de la enfermedad: las hemorragias y las perforaciones *(úlcera perforante* de Rokitanski).

Estas diferencias, bastante acentuadas, entre los caracteres de la úlcera simple del estómago y la gastritis ulcerativa y las condiciones algo singulares en que se produce la enfermedad descrita por Cruveilhier, han motivado diversas teorías acerca de la patogenia de esta afección.

No hay para qué hacer ahora su revisión retrospectiva; casi todos los patólogos están acordes en afirmar, en vista de los caracteres histológicos de la afección, la naturaleza inflamatoria del proceso ulcerativo. Formada por una infiltración de células embrionarias acumuladas en los bordes de la úlcera, sin que en general se encuentren las redes fibroplásticas que tan poderosamente contribuyen á la reparación de las heridas, la lesión no muestra tendencia á cicatrizarse; al contrario, tiende á crecer por la sucesiva eliminación de los elementos neoformados, á medida que se producen. Este carácter particular de la úlcera crónica del estómago no es efecto de la especificidad del mal, conforme hizo advertir Brinton, sino de la acción nociva del jugo gástrico, que en esta afección conserva, mucho

más que en las inflamaciones vulgares del estómago, la acidez y las propiedades pépticas, que explican su acción corrosiva *(úlcera péptica* de los alemanes).

Era necesario dar alguna amplitud á estas nociones preliminares, para demostrar, por una parte, el modo de formarse la úlcera gástrica, y, por otra, la importancia que desde el punto de vista terapéutico tiene la hiperclorhidria, que desempeña un papel capital en la enfermedad, así retardando la marcha de la cicatrización como favoreciendo las más frecuentes complicaciones, las hemorragias y las perforaciones.

II

Indicaciones terapéuticas en el período de ulceración

A. — RÉGIMEN LÁCTEO

La indicación capital en el tratamiento de la úlcera simple del estómago, consiste en sustraer este órgano á las causas locales capaces de sostener la irritación de la llaga que se trata de curar, y proporcionarse, al mismo tiempo que un alimento de fácil digestión, el medicamento que, por su acción sobre la lesión ulcerativa, ayude más eficazmente á su cicatrización. Pues bien, el régimen lácteo responde maravillosamente á esta doble indicación, á la vez como remedio y como alimento, y por esta razón ha venido á representar, como ya Cruveilhier dejó sentado, el elemento esencial del tratamiento de la úlcera gástrica.

En una enfermedad de este género, el ideal sería evidentemente poder conseguir el reposo absoluto del órgano y para esto suspender, durante cierto tiempo, la alimentación estomacal. Pero bien sabido es lo difícil que es suplir la digestión estomacal y cuán insuficiente resulta la alimentación que se busca por otras vías. Por esto no proponemos, como han hecho algunos autores extranjeros, la supresión momentánea de toda alimentación por el estómago, reemplazándola por la alimentación rectal.

El empleo del régimen lácteo deja al estómago en relativo reposo, por ser la digestión gástrica de la leche la que solicita contracciones menos enérgicas y secreciones menos activas, y además la acidez de estas últimas queda atenuada por la alcalinidad del líquido alimenticio. En suma, la leche es el alimento más fácil de digerir, más rico en principios reparadores y su acción tópica es lo menos irritante posible.

A estas ventajas se añade la de que la alimentación por la leche no ejerce sobre los vasos mesentéricos tan alto grado de acción congestio-

nante como la que se observa durante la digestión en los animales alimentados con carne, en los cuales se encuentran enormes las venas mesaraicas, agitadas por violentos latidos las arterias mesentéricas y el hígado ostensiblemente abultado (Lépine).

De modo que la leche es el alimento por excelencia para el enfermo de úlcera simple del estómago, y sirve á la vez de alimento y de remedio. ¿En qué condiciones y de qué manera debe emplearse?

En los períodos agudos de la enfermedad, se prescribirá el régimen lácteo de la manera más absoluta; será exclusivo.

La alimentación exclusivamente láctea no deja de inspirar á menudo al enfermo una repulsión instintiva que dificulta la aplicación rigurosa del tratamiento. Como es indispensable y como hasta será necesario continuarla durante cierto tiempo, se procederá con precaución, procurando asegurar la tolerancia. Es raro que con algunas precauciones y administrando la leche de cierta manera, no se logre hacerla tolerar.

En general, es necesario comenzar por pequeñas cantidades cada vez, dándolas á intervalos iguales y suficientemente espaciados. Ordinariamente prescribo leche de buena calidad ó de origen seguro, fría y sin hervir. Es la que hastía menos fácilmente á los enfermos. La leche esterilizada que, desde ciertos puntos de vista, ofrecería mayor seguridad, inspira pronto una repugnancia invencible.

Un vaso ordinario de leche cada dos horas es la cantidad que conviene al principio del tratamiento; es suficiente para alimentar al enfermo. Si el estómago lo soporta mal, hace falta reducirla y no dar más que la mitad de la dosis, un vaso de vino cada hora ó hasta cada media hora, aproximando las dosis conforme se disminuye la cantidad de leche ingerida. Añadiendo, como hago siempre, una cucharada de *agua de Vichy* del manantial Célestins á cada vaso de leche, se toma mejor y su digestión es más fácil. La ración alimenticia cotidiana debe ser, en general, de 3 ó 4 litros de leche.

Es notable ver la rapidez con que el uso exclusivo de la leche empleada de esta manera hace cesar la intolerancia del estómago, calma los dolores epigástricos y proporciona una sensación de bienestar, que contrasta singularmente con las angustias que sufre el enfermo cuando está sometido á otro género de alimentación.

En general, soy contrario á la adición de diversas substancias destinadas á disimular el gusto de la leche para las personas que temen no poder habituarse á ella. Me importa poco que la tomen caliente ó fría, cruda ó hervida; todo esto es cuestión de gustos y de preferencias del enfermo que, de ordinario, no contrariará el instinto de su estómago.

Debe prohibirse sobre todo la adición de azúcar, de kirsch, de ron ó de aguardiente, porque el azúcar exalta la acidez gástrica y los alcoholes aromáticos tienen el inconveniente de ejercer, aunque se diluyan, una acción irritante y asaz perjudicial. Diré además que muchas veces, en otras enfermedades en que no había contraindicaciones que impidieran el uso de estas substancias que disimulan el gusto de la leche, he visto que los enfermos llegaban, sin embargo, muy pronto á la intolerancia y abandonaban, á pesar de todo, el régimen lácteo.

Por lo tanto, la cuestión del régimen es capital en el tratamiento de la úlcera gástrica y la leche es su remedio por excelencia. La duración del régimen lácteo es indeterminada, como lo es la de los accidentes que ha de combatir. Llega, sin embargo, un momento, en el que, en vista de una mejoría sensible ó porque el enfermo empieza á tolerar mal la leche, debe suavizarse el rigor impuesto al principio del tratamiento.

Entonces es cuando se añaden al régimen lácteo algunas féculas: tapioca, arroz, maíz blanco de América, arrow-root, etc., para hacer con leche papillas que interrumpen algo la monotonía del régimen. El café con leche para el desayuno es cosa que suele agradar á los enfermos y no tiene ningún inconveniente.

Cuando llegue el momento de que el estado del estómago permita una alimentación más reparadora y variada, se ensayarán sucesivamente los huevos casi crudos, las cremas, los pasteles feculentos, algunas carnes blancas, pescados ligeros, purés de legumbres, frutas cocidas. Pero en estas comidas, que siempre se reglamentarán estudiando con cuidado la susceptibilidad del estómago, se conservará el uso de la leche como bebida. Añadiéndose agua de Vichy, las digestiones serán más fáciles.

Deben proscribirse severamente el vino y los alcoholes. Si repugnara la leche y no se la aceptara como bebida en las comidas, sería preferible beber agua pura ó un agua mineral ligeramente alcalina, como son las aguas de *Pougues,* de *Alet,* de *Saint-Alban,* de *Vals*, ó hasta una cerveza ligera y poco alcoholizada.

B. — MEDICACIÓN ALCALINA

La leche, que hasta aquí hemos dado como el alimento más apropiado al estado del estómago y el medicamento más útil para favorecer la cicatrización de la úlcera gástrica, puede además ser considerada como uno de los agentes de la medicación alcalina, que está particularmente indicada en esta enfermedad.

Conforme se ha dicho, el enfermo que tiene una úlcera simple del

estómago es casi siempre un *hiperclorhídrico,* y por consiguiente, hace falta disminuir la acidez de su jugo gástrico, que si no ha sido la causa determinante de la lesión, cuando menos contribuye ostensiblemente á sostenerla. De ahí la utilidad del empleo de los alcalinos y en particular de la leche que, por su alcalinidad, atenúa la acidez de las secreciones necesarias para la digestión.

Si no se hace más que añadir á la leche, como hemos aconsejado, una pequeña cantidad de bicarbonato de sosa en forma de agua de Vichy, no se puede tener la pretensión de alcanzar una alcalinidad suficiente para neutralizar el contenido del estómago, así es que conviene recurrir á una medicación alcalina más intensa. Los remedios empleados con este objeto serían principalmente la *cal* y el *bicarbonato de sosa.*

1.° *Agua de cal.*—El agua de cal, que algunos autores reputan como una especie de específico de las úlceras de las mucosas (de Luca), se prescribe asociada á la leche y constituye una excelente medicación á la cual he recurrido muchas veces y siempre con los mejores resultados.

Está indicada con especialidad cuando la enfermedad está todavía en estado agudo y durante el período de las hemorragias.

Bien tolerada por el estómago, el agua de cal obra como alcalino, neutralizando los ácidos, y al mismo tiempo ejerce una acción tópica que no poseen los demás alcalinos; calma rápidamente los sufrimientos y ayuda á la cicatrización.

Generalmente la administro adicionándola á la leche en la proporción de una á tres cucharadas grandes en cada vaso de leche. La dosis debe ser de 100 á 250 gramos de agua de cal cada día. También puede dársela con agua común azucarada ó bien aromatizada con agua de azahar ó en una poción; pero es preferible emplearla del primer modo. El agua de cal no hace desagradable el gusto de la leche y utilizándola de esta manera no hay que aumentar inútilmente la cantidad de líquido ingerido. Esta consideración tiene su importancia práctica, porque es útil evitar la sobrecarga del estómago por excesiva abundancia de líquidos, que favorece la dilatación del estómago, á la cual ya disponen sobradamente la naturaleza del régimen y la existencia de la lesión. Esto es un punto sobre el cual ha insistido el profesor Jaccoud, que aconseja reducir todo lo posible la cantidad de líquidos ingeridos.

No haré más que mencionar otras preparaciones de cal que también se emplean en el tratamiento de la úlcera simple del estómago: el *sacaruro de cal* y el *carbonato de cal;* el primero, que es más agradable que el agua de cal, podría reemplazarla, disolviéndolo en la leche, si no fuera mucho más irritante; el segundo da un precipitado cuya acción tópica,

poco irritante, podría ser favorable para la cicatrización de la úlcera, pero tiene el inconveniente de que, saturando los ácidos, desprende ácido carbónico, que distiende el estómago y puede de este modo despertar crisis dolorosas y favorecer la perforación.

2. *Bicarbonato de sosa.*—Si la leche y su asociación con los alcalinos proporcionan, gracias á la naturaleza de la alimentación y á la medicación alcalina, un cambio notable en el quimismo estomacal que permite un relativo reposo del órgano y una reparación suficiente, no es difícil comprender que para neutralizar los ácidos excedentes en la digestión estomacal en caso de úlcera gástrica, no basta la cantidad de alcalinos añadida al líquido alimenticio, también alcalino. Se hace necesaria una medicación alcalina más intensa, y lo realiza el empleo del bicarbonato de sosa, que, combinado con el régimen lácteo, resulta el remedio por excelencia de la úlcera simple del estómago.

Dada la importancia de esta medicación, ¿á qué reglas debe sujetarse y de qué manera debe prescribirse?

Teniendo en cuenta la cantidad de jugo gástrico segregado durante una digestión ordinaria y la cantidad de bicarbonato de sosa necesaria para neutralizar el ácido producido por esta secreción, habría que prescribir cantidades relativamente considerables de esta sal. Esto es lo que resulta de los experimentos del profesor Debove comunicados á la Sociedad médica de los hospitales (1882 y 1884) en dos interesantes memorias acerca del tratamiento de la úlcera simple del estómago, en las cuales se estudia la cuestión sobre todo desde este punto de vista.

Debove evalúa en 10 gramos de bicarbonato de sosa la cantidad de sal alcalina necesaria para neutralizar 20 gramos de polvo de carne, equivalentes á 80 gramos de carne común. Practicando el lavado del estómago una hora después de una comida en que se habían guardado estas proporciones, se extraía polvo de carne sin peptonizar, de reacción neutra. De modo que puede deducirse que este método tiene por resultado mantener una reacción alcalina del jugo gástrico, que de esta suerte es inofensivo para la lesión estomacal y favorece la digestión intestinal, única que en circunstancias tales proporciona los materiales para la reparación de los tejidos.

La deduccion práctica de todo esto es que el autor administra á sus enfermos afectos de úlcera gástrica, tres comidas al día compuestas cada una de 25 gramos de polvo de carne suspendidos en agua ó leche, con adición de 10 gramos de bicarbonato de sosa. Como confirmación de los datos experimentales, Debove obtuvo la atenuación inmediata de los dolores y de los vómitos y la marcha rápida hacia la curación en cuatro casos

de úlcera simple del estómago, tratados anteriormente durante mucho tiempo por el régimen lácteo y el agua de Vichy.

El profesor Jaccoud da también esas dosis de 20 á 30 gramos de bicarbonato de sosa. Charcot aún las superaba y llegaba hasta 40 gramos.

Cualesquiera que fuesen las dosis empleadas y la duración de la medicación, ninguno de estos clínicos ha observado los síntomas atribuídos á lo que Trousseau llamaba *caquexia alcalina*. Además estas dosis, aunque parezcan enormes, han sido siempre bien toleradas.

Sin embargo, este método de tratamiento por el bicarbonato de sosa á altas dosis no deja de tener sus inconvenientes. En primer lugar, se ha de hacer ingerir la sal alcalina, grave dificultad tratándose de un medicamento poco soluble y cuyo sabor nauseoso no tarda en excitar la repugnancia del enfermo. Para evitar este inconveniente, queda el recurso de emplear, como Debove, la sonda, por medio de la cual se introduce directamente en el estómago la cantidad necesaria de bicarbonato de sosa. Pero, aun dejando de lado la molestia que causa una operación repetida con tanta frecuencia y que acaba por irritar el esófago, este procedimiento tiene el inconveniente de favorecer las hematemesis frecuentes y á las veces muy graves, sobre todo en los comienzos de la enfermedad. Sin embargo, Debove dice que nunca ha observado que el uso de la sonda haya provocado hemorragias ni producido la perforación del estómago.

Otro inconveniente de las dosis considerables de bicarbonato de sosa es su descomposición al ponerse en contacto con los ácidos, y el desprendimiento de ácido carbónico que, como ya hemos indicado, distiende el estómago y provoca un timpanismo estomacal que puede hacerse peligroso.

Estas reflexiones demuestran la importancia que en mi sentir tienen los resultados de los experimentos del profesor Debove, y que, á pesar de algunas objeciones, reconozco con él las ventajas y la inocuidad del empleo del bicarbonato de sosa en dosis altas. Diré, no obstante, que en mis prácticas he podido las más de las veces abstenerme de usar lo que el método tiene de más penoso. Moderando las dosis del medicamento, he podido evitar el empleo de la sonda, siempre muy desagradable para el enfermo, y la dilatación gaseosa de que acabamos de hablar.

Habitualmente, me han dado resultados satisfactorios las dosis de 4 á 8 gramos de bicarbonato de sosa al día, y aunque en teoría sean insuficientes para la neutralización de los ácidos, no lo han sido para llenar las indicaciones. El alivio de los enfermos y la cesación de los vómitos eran la mejor demostración de que el remedio había hecho inofensiva la acción del jugo gástrico.

En caso de que sea necesario aumentar las dosis de sal alcalina sin recurrir á la sonda y dar al enfermo una alimentación más reconstituyente y distinta del régimen lácteo, se seguirá el ejemplo de Debove, administrando en cada comida 25 gramos de polvos de carne suspendidos en agua ó leche convenientemente aromatizados y á los cuales se añade el siguiente polvo:

Magnesia calcinada.	1 gramo
Creta preparada.	2 —
Sacaruro de cal.	1 —

M. s. a.

El enfermo ingiere inmediatamente antes de la comida una oblea de 2 gramos de bicarbonato de sosa, y un cuarto de hora después de la comida, 4 gramos de esta sal.

El bicarbonato de sosa, elemento esencial del tratamiento de la úlcera estomacal, podrá asociarse, según las indicaciones, con otros alcalinos, combinando fórmulas que pueden variar cuanto se quiera.

Una de las que empleo más á menudo es la siguiente:

Bicarbonato de sosa.	0 gr. 30
Magnesia calcinada. . . . . } aa. . .	0 gr. 20
Creta preparada. . . . . }	

Para una oblea. Tres ó cuatro al día, en el momento de comer.

Esta prescripción es útil, sobre todo en la época en que el enfermo va tomando una alimentación más reconstituyente y distinta del régimen lácteo. Según haya diarrea, cosa poco frecuente, ó estreñimiento, favorecido por la enfermedad y por el régimen, se darán: *creta preparada, sales de bismuto* y hasta *opio,* en el primer caso, empleando contra el estreñimiento las preparaciones de *magnesia* y de *ruibarbo,* asociadas á diversas substancias *amargas* y *purgantes.*

III

Tratamiento de los síntomas

En saliendo del régimen lácteo y de la medicación alcalina, no hay, hablando con propiedad, medicación especial que sea aplicable al tratamiento de la úlcera simple del estómago. Ya decía Cruveilhier «en cuanto á los medicamentos propiamente dichos, yo los considero como muy secundarios en el tratamiento de la úlcera del estómago.»

Sin embargo, los síntomas de esta enfermedad exigen ordinariamente tanto por su importancia como por su gravedad, una intervención terapéu-

tica. Tal ocurre con los que se observan sobre todo en los comienzos y en el primer período de la enfermedad: las *hemorragias,* los *vómitos* y las *crisis dolorosas epigástricas*. De esto derivan medicaciones especiales que vamos á estudiar sucesivamente.

A. — HEMORRAGIAS

Las hematemesis, que las más de las veces revelan la presencia de la úlcera del estómago, alcanzan en ocasiones una abundancia extraordinaria y se repiten con mayor ó menor frecuencia, cuando menos en los primeros tiempos.

Los medios indicados para combatirlas son los que se emplean en todas las hemorragias de este género: reposo absoluto en decúbito horizontal, *hielo* en pequeños fragmentos ó mejor ingerido groseramente pulverizado, *leche helada* y *hielo* aplicado en la región epigástrica, *revulsivos* movibles en las extremidades, y además el empleo de diversos hemostáticos: *agua de Rabel*, *percloruro de hierro*, *ergotina*, etc., algunos de los cuales, el percloruro de hierro principalmente, se ha creído que tienen verdadera eficacia.

Es el remedio que siempre empleo en casos tales y sólo tengo motivos para felicitarme.

1.° Por sus propiedades estípticas y coagulantes, el percloruro de hierro cohibe, lo mismo que en otras mucosas, las hemorragias producidas en la superficie de la mucosa estomacal. Lejos de determinar por su acción tópica irritación ninguna, parece, por el contrario, que, como ha observado Luton, gracias al ligero coágulo que se forma, la protege lo mismo que á las partes subyacentes, contra ulteriores irritaciones, y le permite vegetar para llenar la solución de continuidad (1).

La mejor manera de administrar el percloruro de hierro es prescribirlo sencillamente en agua azucarada.

Mi fórmula ordinaria es:

Agua azucarada.	125 gramos
Solución de percloruro de hierro á 30° . . .	XXX gotas

M. s. a. Para tomar en tres ó cuatro veces en las veinticuatro horas, con la precaución de escoger el momento en que el estómago está casi vacío de alimentos y bebidas.

Parece que hoy día se tiene algo olvidada esta medicación por la de percloruro de hierro, pues apenas si se la menciona en los tratados de medicina ó de terapéutica recientemente publicados. Y el olvido es injus-

(1) A. LUTON.—*Dict. de médecine et de chirurgie pratiques;* art. ESTOMAC, t. XIV, pág. 236.

to, porque, repito, es de los medicamentos más eficaces y mejor tolerados. Sobre todo cuando la úlcera simple reviste la forma hemorrágica, este medicamento se asocia perfectamente con la medicación láctea y alcalina, no sólo para impedir las hematemesis, sino además para contribuir con ellas á la cicatrización de la parte lesionada.

2.° *Ergotina.*—La ergotina ha conquistado, como agente hemostático, el lugar que en el tratamiento de las hemorragias estomacales ocupaba en otro tiempo el percloruro de hierro. Las propiedades fisiológicas y terapéuticas de este medicamento, la facilidad de su empleo, tanto si se le administra por la boca como si se le prescribe en inyecciones hipodérmicas, hacen de la ergotina un remedio perfectamente indicado en estos casos; sin embargo, debo decir que me ha proporcionado algunas decepciones.

Al interior, se acostumbra emplear la ergotina llamada de Bonjean, que es un extracto acuoso de cornezuelo de centeno, y no obra más que á dosis bastante altas y superiores á las generalmente prescritas. La dosis útil es por día de 4 gramos de ergotina en una poción de 120 gramos, convenientemente edulcorada.

También se dan por la boca las soluciones de ergotina de Yvon y de ergotinina de Tanret, que se prescriben diluídas en agua azucarada: la ergotina de Yvon á la dosis de XXX gotas, en tres ó cuatro veces; la ergotinina de Tanret, de X á XII gotas, también en dos ó tres veces.

Estas dos últimas preparaciones se emplean más á menudo en inyecciones hipodérmicas, recurso valioso cuando el estómago se muestra intolerante: 1 ó 2 centímetros cúbicos de la solución de Yvon, que corresponda á partes iguales de agua y de ergotina; medio ó 1 centímetro cúbico de la de Tanret, que contiene 1 miligramo de ergotinina por centímetro cúbico. Estas inyecciones se repetirán dos ó tres veces al día, según las indicaciones.

No insistiré en algunos otros medios hemostáticos, tales como el *agua de Rabel*, el *agua de Léchelle* ó de *Pagliari*, y las preparaciones tánicas, como la *ratania*, el *ácido gállico*, etc., que pueden prestar algunos servicios.

B. — VÓMITOS

Los vómitos son síntomas graves de la úlcera simple del estómago. Son consecuencias de la irritación de la superficie de la parte enferma y por su frecuencia y su persistencia pueden impedir la alimentación hasta acarrear un estado de caquexia tanto más difícil de combatir cuanto que

la intolerancia gástrica hace imposible su reparación por un régimen y un tratamiento apropiados.

De igual suerte que para combatir las hematemesis, los medios de que habrá que echar mano para luchar con los vómitos serán el *hielo* y las bebidas gaseosas heladas, el *agua de Seltz*, el *vino* y la *tisana de Champagne* diluídos en agua helada, algunos *grogs* ligeros y también fríos, si son tolerados. Debe emplearse con precaución la *poción de Riverio*, porque desarrolla bruscamente gran cantidad de gas, que distiende dolorosamente el estómago y quizás pueda provocar una perforación ya inminente.

En los casos en que los vómitos son persistentes, no bastan las bebidas heladas y hace falta añadirles algunos remedios que ejerzan sobre el estómago una acción sedante, tales como el *opio*, la *belladona*, la *cocaína*, etc. Muy pronto he de hablar de estos medicamentos, que encuentran sus principales indicaciones en las *crisis dolorosas* de la úlcera gástrica, y ahora no insistiré más que en las particularidades relativas á su acción contra los vómitos.

Desde este punto de vista, el *opio* puede prestar útiles servicios. No obstante, Cruveilhier le achaca el inconveniente de ser mal tolerado y hasta de provocar vómitos. Creo como él que cuando no se trata más que de combatir este síntoma, el *extracto tebaico*, que suele prescribirse en píldoras de 1 centigramo, no proporciona más que medianos efectos. Muchas veces me he visto obligado á abandonarlo rápidamente. En cambio la *morfina*, en *inyecciones hipodérmicas*, ha sido el remedio que siempre he encontrado más seguro para combatir los vómitos y permitir una alimentación suficiente durante el período en que algunas veces se repiten con tenacidad deplorable.

Para evitar los vómitos que con tan grande frecuencia ocurren al practicar las primeras inyecciones de morfina, es conveniente asociarle la *atropina*.

La fórmula clásica de que acostumbro á valerme, es como sigue:

Agua bórica esterilizada. . . .	aa. . . .	5 gramos
Agua destilada de laurel-cerezo.		
Clorhidrato de morfina.		0 gr. 20
Sulfato neutro de atropina.		0 gr. 02

Disuélvase.

Dos ó tres veces al día, un cuarto de hora poco más ó menos antes de la comida, se practicará una inyección hipodérmica de 1 á 2 centímetros cúbicos de esta solución, y de este modo suele conseguirse una tolerancia de los alimentos, que no se logra con ningún otro remedio.

Para el uso interno, yo prefiero el *agua clorofórmica*, según la fórmula de Lasègue y Regnault:

Agua saturada de cloroformo. Agua común.	aa.. . . .	150 gramos
Jarabe de azahar		50 —

M. s. a.

de la cual doy cada día cuatro ó cinco cucharadas grandes, también antes de las comidas, pero inmediatamente antes de la ingestión del alimento.

De la misma manera puede prescribirse el *clorhidrato de cocaína*, muy aconsejado en estos últimos tiempos, á la dosis de 10 centigramos por 300 gramos de agua destilada, que obra como el agua clorofórmica; pero yo le encuentro el inconveniente de disminuir el apetito y ocasionar náuseas algunas veces.

No tengo experiencia del empleo del *mentol*, preconizado recientemente contra los vómitos incoercibles. Ignoro cómo lo tolera la úlcera gástrica.

Chauffard suele prescribirlo con buen resultado en los casos de vómitos, de la manera siguiente:

Clorhidrato de cocaína.	0 gr. 10
Agua destilada de laurel-cerezo. .	10 gramos
Mentol.	0 gr. 50
Alcohol.	15 centímetros cúbicos

Disuélvase. X á XX gotas, dos ó tres veces al día, cuando empieza el estado nauseoso ó antes de la ingestión de alimentos.

C. — CRISIS DOLOROSAS

El elemento *dolor* es uno de los síntomas característicos de la úlcera simple del estómago. Unas veces los dolores son espontáneos y dependen del contacto irritante de las substancias contenidas en el órgano, otras veces provoca dolores el menor contacto de puntos determinados, como el punto xifoideo y el punto raquídeo, otras veces la hiperacidez y las fermentaciones gástricas ocasionan en el curso de la digestión crisis dolorosas, á veces de extraordinaria violencia.

No insistiremos de nuevo sobre la utilidad de la leche y del tratamiento alcalino, pues ya hemos demostrado que su acción es tan eficaz contra el dolor como contra los otros síntomas de la úlcera gástrica. Pero muchas veces estos medios son insuficientes y entonces hay que recurrir á diversos calmantes, entre los cuales son los más útiles el *opio y sus derivados*.

El *opio* se prescribe asociándolo con los polvos alcalinos y absorbentes. La fórmula que yo suelo emplear es la siguiente:

Bicarbonato sódico.		0 gr. 30
Magnesia calcinada. . . .	aa.	0 gr. 20
Creta preparada..		
Polvo de opio..		0 gr. 01

Para una oblea. Tres á cinco al día, en el momento de comer.

Las *gotas negras inglesas* (vinagre de opio), las *gotas blancas* de Gallard:

Clorhidrato de morfina..	0 gr. 10
Agua destilada de laurel-cerezo.	5 gramos

Disuélvase. II ó III gotas en un poco de agua azucarada.

son buenas preparaciones que también calman el dolor y facilitan la tolerancia gástrica.

Todavía son mejores y más eficaces las inyecciones subcutáneas de *clorhidrato de morfina*. Este es el medio de que suelo echar mano cuando el elemento dolor adquiere, como ocurre muchas veces, tan capital importancia que impide la alimentación hasta por la leche.

Como calmante, da algunas veces buenos resultados la *belladona*, sola ó asociada al opio. También pueden recomendarse las píldoras de Trousseau:

Polvo de belladona.. . . .	aa.	0 gr. 01
Extracto de belladona. . .		

Para una píldora.

ó la fórmula siguiente:

Polvo de belladona.	aa. . . .	0 gr. 02
Extracto gomoso de opio.		

Para una píldora. II ó III píldoras al día antes de las comidas.

En general, es poco conveniente la forma pilular para el estómago ulcerado; están más indicadas las soluciones calmantes y mejor las inyecciones hipodérmicas.

Para calmar el dolor, se han aconsejado además otros medicamentos. Sin volver á hablar de la cocaína, Mathieu considera como más activo que ésta el extracto graso de *cannabis indica*, recomendado por Germán Sée como excelente calmante de los dolores de estómago y prescrito por este autor á la dosis cotidiana de 5 centigramos; Mathieu rara vez pasa de 3 centigramos.

El *condurango*, que, según Wilhelmy y Süner, es de notables efec-

tos en la úlcera del estómago (1), atenúa notablemente los dolores y despierta el apetito. Dujardin-Beaumetz, que lo empleaba mucho, lo daba en polvo, en obleas de 1 gramo en cada comida. En la úlcera simple no debe prescribirse la tintura ni el vino, que se suelen prescribir en otras enfermedades del estómago.

Cuando domina el elemento dolor, hay que recurrir, como siempre en circunstancias análogas, á las aplicaciones calmantes externas: *láudano, cloroformo*, etc.; no hago más que mencionarlas, porque las fórmulas son innumerables y cada uno puede variarlas como quiera. Por lo demás, ya se sabe cuán poco eficaz es la acción del tratamiento externo. Quizá sería más ventajosa la *medicación revulsiva:* vejigatorios, puntos de fuego; suele ser un buen medio de detener las crisis dolorosas y de calmar los dolores algo persistentes. Volveremos á insistir sobre este punto al estudiar el tratamiento del período de cicatrización.

IV

Tratamiento del período de cicatrización

Además del tratamiento aplicable á los accidentes que marcan el comienzo del período de actividad de la úlcera simple del estómago, hay algunos medicamentos que se emplean con éxito, sobre todo más adelante y cuando la úlcera tiende á la cicatrización; estos medicamentos son principalmente el *bismuto* y las *sales de bismuto*, el *nitrato de plata*.

A. — *Subnitrato y salicilato de bismuto.* — El bismuto y sus sales han conquistado desde hace mucho tiempo un importante lugar en la terapéutica de las inflamaciones de las mucosas, y en particular en las de la mucosa de las vías digestivas. Ligeramente astringentes, sin irritar las superficies inflamadas, sobre las cuales dejan sedimentar un polvo que las protege y facilita la cicatrización, las preparaciones de bismuto encuentran en estos casos indicaciones de primer orden.

Trousseau las empleaba como base del tratamiento de la úlcera simple, dando tres veces al día, cuando menos una hora antes de la comida, para que su acción fuese más inmediata y por consiguiente más eficaz, un papel de 2 ó 3 gramos de subnitrato de bismuto. Para que se repartiese más fácilmente sobre la superficie del estómago, diluía la sal en un agua mucilaginosa, y si esta manera de tomarla repugnaba á los enfermos, la daba envuelta en pan ázimo (2).

(1) Wilhelmy y Suner. — *Gazette hebdomadaire*, 1886, págs. 626 y 871.
(2) Trousseau.— *Clinique médicale de l'Hôtel Dieu*, 2.ª edición, tomo III, pág. 72.

Esta medicación está indicada principalmente en el período de la enfermedad en que las hemorragias casi han cesado, ó cuando la úlcera parece encaminarse á la cicatrización.

En estas circunstancias, doy las dosis indicadas por Trousseau, 2 ó 3 gramos de bismuto al día, en sellos de 50 centigramos, administrándolos al mismo tiempo que la leche, para favorecer su dilución en el estómago. Doy la preferencia al salicilato, cuando persiste el estado doloroso ó es preciso disminuir las fermentaciones gástricas.

Del mismo modo que Mathieu, yo no puedo hacerme partidario de las dosis masivas de subnitrato de bismuto empleadas por Kleiner, quien, aconsejado por Küssmaul, después de lavar el estómago, introduce en este órgano 10 ó 20 gramos de dicha sal suspendidos en 200 centímetros cúbicos de agua. Aunque no hayan dado lugar á fenómenos de intoxicación, las cantidades de 300 gramos que algunos enfermos han ingerido, la enormidad de estas dosis, que no son necesarias, y su introducción por la sonda, que es peligrosa, hacen que rechacemos semejante medicación.

B. — *Nitrato de plata.* — En el tratamiento de la úlcera simple, Trousseau empleaba también otro agente de cicatrización, el nitrato argéntico, preconizado igualmente por otros autores (Niemeyer, Fleming, etc.). ¿Cuál es su valor terapéutico?

Trousseau, después de haber administrado el bismuto diez días seguidos, lo reemplazaba por las píldoras de nitrato de plata de 1 centigramo nada más, y le daba al enfermo 3 ó 4 al día, una hora cuando menos antes de comer, cinco días seguidos. Se proponía con esto ejercer sobre la superficie de la úlcera del estómago una acción semejante á la que tratamos de obtener aplicando el lápiz de nitrato de plata sobre una llaga exterior para activar su cicatrización.

Como Brinton y no pocos clínicos, yo dudo mucho del valor de la teoría. Sin embargo, desde el punto de vista práctico, esta medicación puede defenderse. Sin admitir con Brinton que los resultados favorables que pueden alegarse en su provecho quizá dependan del engañoso error del *post hoc, ergo propter hoc,* yo creo que el nitrato de plata á dosis moderadas y diluído en el estómago ejerce una acción modificadora semejante á la de los astringentes. Por lo demás, es un remedio que se tolera bien y cumple las mismas indicaciones que las sales de bismuto.

C. — *Yodoformo.* — Landouzy ha adoptado, desde hace algún tiempo, el uso del *yodoformo,* que asocia con el *sulfato de quinina,* en píldoras que contienen 10 centigramos de cada uno de los dos medicamentos. Da cuatro ó seis píldoras al día en tres veces.

Este autor practica además una revulsión enérgica aplicando sobre

la región epigástrica *puntos de fuego* una ó dos veces por semana, tratamiento que continúa con perseverancia durante meses y años enteros si es preciso.

D. — *Tratamiento revulsivo.* — Comparto por completo la opinión de Landouzy cuando afirma la utilidad de la revulsión en el tratamiento de la úlcera simple del estómago. El empleo de los vejigatorios volantes y sobre todo de los puntos de fuego más ó menos repetido, me parece capaz de prestar verdaderos servicios, ya sea, conforme hemos indicado, disminuyendo los dolores, ya también y sobre todo en los períodos avanzados de la enfermedad, cuando hace falta activar el proceso de cicatrización.

Las nuevas doctrinas médicas han hecho perder mucho terreno á la medicación revulsiva. Y aunque no sean propias de este sitio las discusiones sobre este punto, en una obra de clínica práctica como ésta me está permitido afirmar que, para enfermedades como la que nos ocupa, nada ha invalidado el valor de la revulsión.

V

Convalecencia.—Recaídas.—Complicaciones.

La duración de la úlcera simple del estómago es indeterminada. Siempre es una afección larga cuyo tratamiento exige una atención particular y una vigilancia rigurosa hasta su terminación. Aun en los casos más favorables y cuando la cicatrización de la úlcera se realiza en las mejores condiciones, son de temer las recaídas, porque son frecuentes, ya que la mucosa en vías de reparación puede ser asiento de un nuevo proceso destructivo. Por otra parte, no es raro que, hasta en época ya avanzada de la enfermedad, sobrevengan las complicaciones más temibles, algunas veces una hemorragia mortal, más á menudo todavía la perforación del estómago.

El medio más seguro de garantir el trabajo de reparación y prevenir las complicaciones, no consiste en el empleo de medicamentos, sino en los cuidados de la higiene alimenticia.

La *leche,* cuyo uso deberá continuarse con gran perseverancia y en cierto modo indefinidamente, no constituirá, como al principio, el exclusivo régimen del enfermo, sino que se le añadirán poco á poco y apropiando la alimentación á las particulares aptitudes del estómago (Cruveilhier), alimentos de fácil digestión, suficientemente triturados por la masticación, evitando cuidadosamente todos aquellos que, por su naturaleza, podrían

irritar la llaga cicatrizada en parte. Deberán proscribirse en absoluto las bebidas alcohólicas, reemplazándolas en las comidas por la leche. Algunas veces, cuando ésta inspira demasiada repugnancia, les doy á los enfermos cerveza ligera, como son las cervezas francesas, pura ó mezclada con agua más ó menos alcalina: *Pougues*, *Vals* (San Juan), etc. En general, el estómago la tolera bien.

La dificultad de la alimentación mientras duran y aun después de cesar los síntomas iniciales, la abundancia y la repetición de las hematemesis, la persistencia de los vómitos, los dolores gástricos, son todas causas que sumen á menudo á los enfermos en un estado de anemia y de debilidad extremadas, y suscitan indicaciones especiales durante este período de reparación.

Si, como algunas veces vemos, el estómago se mostrase absolutamente intolerante, hasta en este período ya avanzado, y si la alimentación no pudiera ser suficiente para reponer las fuerzas del enfermo, habría necesidad de recurrir á coadyuvarla por medio de *enemas alimenticios*.

Acostumbro á usar esta fórmula:

Leche	150 gramos
Yemas de huevo	N.° 2
Peptona seca	Una cucharada sopera
Láudano de Sydenham	V gotas

M. s. a.

Los tónicos: *quina, kola, coca;* los amargos: *colombo, genciana*, etc., cuando hace falta despertar el apetito; los *ferruginosos*, para combatir la anemia, son medicamentos indicados en circunstancias tales. Pero nunca deberán ser administrados en forma de vinos medicamentosos; son preferibles y prestan inapreciables servicios, las soluciones suficientemente diluídas de unos medicamentos y la forma de papeles ó sellos para las substancias menos irritantes.

En algunos casos de extremada debilidad, he recurrido con éxito á los *enemas vinosos* compuestos de este modo:

Vino de Bagnols	50 á 100 gramos
Agua	200 gramos

M. s. a.

Todavía no he tenido ocasión de emplear las *inyecciones de suero artificial*. Es un modo de tratamiento que estará indicado en algunos casos. No he de hacer más que señalar estas indicaciones y el modo de emplearlas, porque son sobradamente conocidas.

Lo mismo puedo decir de las inyecciones subcutáneas de *cafeína*, de

éter ó de *alcanfor*, tan útiles en las grandes depresiones del organismo y cuando hace falta reanimar prontamente la acción cardíaca.

Tampoco nos detendremos en las complicaciones de la úlcera gástrica. Unas no son más que la exageración de ciertos síntomas, como las hematemesis, que pueden matar súbitamente al enfermo; ya hemos indicado su tratamiento, que es el de la enfermedad. Otras son consecutivas á la cicatrización de la úlcera, que algunas veces, por estar cerca del píloro, acarrea una estenosis, causa á su vez de dilatación permanente del estómago, con todas sus consecuencias; viene á constituirse en cierto modo una nueva enfermedad, cuya medicación no debo formular. Por último, la más temible, y por desgracia la más frecuente de todas, la perforación, además del tratamiento de la peritonitis aguda, que es inmediata consecuencia y á menudo fatal de este accidente, exige un *tratamiento quirúrgico*, que será estudiado en un capítulo especial.

II. — ÚLCERA SIMPLE DEL DUODENO

I

Consideraciones generales

Hasta estos últimos años los tratados de medicina no han hablado del tratamiento de la úlcera simple del duodeno, que no era enfermedad clasificada. En realidad pertenecía casi exclusivamente al dominio de la anatomía patológica, pues casi no se encontraba más que en la autopsia, después de haber provocado accidentes rápidamente mortales, las más de las veces por perforación del intestino, en casos menos frecuentes por hemorragias fulminantes.

Hoy día, gracias á trabajos que cuentan más de diez años (1), la úlcera simple del duodeno figura al lado de la úlcera simple del estómago. Como ésta, con la cual ofrece grandes analogías, tiene sus síntomas particulares y, cuando menos en ciertos casos, su evolución permite diagnosticarla.

Además, si antes no se conocían más que los casos mortales, ahora se sabe que, si bien es mucho más grave que la úlcera gástrica, es también una afección curable. En la memoria que yo publiqué y en el reciente y muy completo trabajo de Henri Collin (2), se encontrarán algunos demostrativos ejemplos de curación.

(1) Bucquoy.—*Etude clinique sur l'ulcère simple du duodénum. Arch. gén. de méd.*, 1887.
(2) Collin.—*Etude sur l'ulcère simple du duodénum*, 1894.

II

Tratamiento

Por consiguiente, hay que estudiar el tratamiento de la úlcera simple del duodeno. Las indicaciones terapéuticas se desprenden de la naturaleza de la enfermedad, de su localización en un recinto determinado del intestino, de los síntomas por los cuales se da á conocer y de las complicaciones que puede presentar.

Lo mismo que el tratamiento de la úlcera gástrica, el de la úlcera simple del duodeno no es un tratamiento exclusivamente médico. Los graves accidentes que con sobrada frecuencia acarrea, han motivado algunas veces una intervención quirúrgica que, preciso es decirlo, no ha sido muy afortunada y no se fundaba en un diagnóstico exacto. Más adelante veremos en qué circunstancias puede ofrecer probabilidades de éxito.

Creen algunos autores que el *tratamiento médico* de la úlcera simple del duodeno es exactamente igual al de la úlcera simple del estómago. Aparte de la localización, por cierto muy cercana de la que en el estómago ocupa esta lesión, estas ulceraciones ofrecen caracteres muy análogos; hay que combatir los mismos síntomas: hemorragias, vómitos, dolores; son de temer las mismas complicaciones: hemorragias fulminantes, peritonitis por perforación. De modo que parece que el cuadro de ambas enfermedades es lo bastante idéntico para justificar que se les aplique el mismo tratamiento.

Esto es cierto por lo que se refiere á la medicación que debe aplicarse á los síntomas principales que acabo de enumerar; pero deja de serlo cuando se consideran las fundamentales diferencias que la diversidad de localización ocasiona en el funcionamiento de los órganos digestivos. En el caso de úlcera gástrica, es el estómago el órgano enfermo, y de ahí la necesidad de un régimen particularmente severo y prolongado por mucho tiempo, que dificulte de un modo notable la reparación de las fuerzas; en la úlcera duodenal, como el estómago está íntegro, no es preciso tanto rigor; guardando ciertas precauciones, el enfermo puede satisfacer las exigencias del apetito, y es admirable la rapidez con que, después de cesar los accidentes hemorrágicos, se restablece la salud algunas veces. Yo he publicado algunos ejemplos muy notables (1).

La úlcera duodenal, con mayor frecuencia todavía que la úlcera gástrica, permanece durante mucho tiempo latente y compatible con un buen

(1) *Loc. cit.*, pág. 7 y siguientes.

estado de salud hasta que estallan los síntomas que revelan su presencia. Dejo de lado esos casos de perforación brutal, á menudo rápidamente mortales, invencibles por los recursos de la medicina y que hoy quizás encuentran en la cirugía un medio de salvación. En los casos más favorables y que se van haciendo más numerosos á medida que los sabemos reconocer mejor, las hemorragias son los síntomas que marcan el comienzo de la enfermedad é indican la intervención terapéutica.

A. — Las *hemorragias intestinales* abundantes y frecuentemente repetidas son en cierto modo el síntoma inicial y característico de la úlcera duodenal. En algunos casos, y sobre todo al principio, hay al mismo tiempo hematemesis por refluir la sangre en el estómago á causa de la proximidad de la lesión (1).

El tratamiento de estas hemorragias intestinales no difiere sensiblemente del que hemos indicado para las hemorragias gástricas. Para combatir la melena se emplearán: el *hielo*, en aplicación sobre el vientre y en las bebidas; los astringentes, *agua de Rabel, ergotina, percloruro de hierro, ratania,* que serán mucho mejor tolerados por el estómago que en caso de úlcera gástrica; las *inyecciones de ergotina* y los *enemas fríos.*

Además se aplicarán *revulsivos* en las extremidades y gran número de *ventosas secas* á lo largo de los miembros inferiores, en sustitución de la antigua *ventosa de Junod,* hoy olvidada. Por último, se reanimarán las fuerzas del enfermo con *inyecciones de éter,* de *cafeína,* de *suero artificial.* En los casos de hemorragias repetidas y fulminantes, estarán indicadas las inyecciones salinas de *cloruro de sodio* á 7 por 100, (100 ó 200 gramos muchas veces al día), y hasta la transfusión.

B. — *Medicación alcalina y régimen.* — El tratamiento de la úlcera simple del duodeno, lo mismo que el de la del estómago, se compone de la *medicación alcalina* y de un *régimen* determinado, cuyo primer elemento es también la leche. Esto parece favorecer la opinión que admite que el tratamiento en las dos enfermedades debe ser el mismo.

Sin embargo, hay que establecer importantes distinciones, porque la localización distinta de la úlcera, el intestino en un caso, el estómago en el otro, modifica las indicaciones. Esto es lo que procuré poner en evidencia en mi trabajo de 1887 acerca de la úlcera simple del duodeno.

Efectivamente, así como en la úlcera gástrica la lesión sufre el contacto directo de secreciones ácidas que la irritan y ejercen una acción corrosiva, en la úlcera duodenal la papilla quimosa no llega á la parte enferma hasta después de haber atravesado el píloro y modificado sus

(1) Observación IV de mi memoria.

cualidades químicas. De ácida que era, se vuelve alcalina para ajustarse á las condiciones fisiológicas del medio intestinal, y por consiguiente es menos irritante y más favorable á la cicatrización de la úlcera. La integridad del estómago modifica también las condiciones del tratamiento; la falta de vómitos y de calambres dolorosos, la conservación del apetito, facilitan la alimentación y permiten las medicaciones indicadas por las copiosas hemorragias intestinales, y en particular los tónicos y los ferruginosos.

Según Debove y Renault, la *medicación alcalina* es el tratamiento médico que está más indicado en la úlcera simple del duodeno. Los alcalinos deben administrarse en iguales dosis y de la misma manera que en la úlcera gástrica. Estos autores fundan esta práctica en la necesidad de neutralizar el jugo gástrico á medida que se va segregando, para evitar la irritación de la llaga intestinal.

Acabo de decir lo que debe pensarse de esta acción irritante en el intestino; de modo que si ya me mostré poco dispuesto á emplear los alcalinos á las *altas dosis* aconsejadas por Debove y algunos clínicos, aún seré menos propicio á darlos en casos en que no es de temer la irritación directa por la hiperacidez. No obstante, disto mucho de negar que sea el *bicarbonato de sosa*, á *dosis medianas*, como las que hemos aconsejado en la úlcera del estómago, la medicación que conviene emplear.

Por razón de las hemorragias intestinales, á menudo tan copiosas y repetidas, he prescrito en muchos casos el *agua de cal* en lugar del bicarbonato de sosa, reservándolo para la época de la convalecencia. Entonces recurro á los alcalinos, no para neutralizar el jugo gástrico, sino, al contrario, para activar la producción de ácido clorhídrico. Así pues, en estas circunstancias, está indicado el tratamiento por el *agua de Vichy*. Doy medio vaso de agua de Vichy (de la fuente de Hauterive ú Hôpital) un cuarto de hora antes de las comidas, dos veces al día, y además mezclo la leche con esta misma agua, según he formulado en el capítulo anterior.

En efecto, debe tenerse presente que si casi todos los enfermos afectos de úlcera gástrica son hiperclorhídricos, no ocurre lo mismo con los que sufren de úlcera duodenal. Las investigaciones de Alberto Robin en diferentes casos de úlcera del duodeno, le han revelado tres veces en el examen del jugo gástrico una considerable disminución de ácido clorhídrico, con fermentaciones lácticas secundarias muy intensas, argumento que se suma con los que ya he alegado en contra de la alcalinización extremada.

C. — *Régimen y alimentación.* — Las consideraciones precedentes

me permiten ser breve en lo que se refiere á esta importante parte del tratamiento de la úlcera simple del duodeno.

En el período agudo de la enfermedad, el régimen debe ser muy riguroso, constituyendo la leche toda la alimentación del enfermo. Las reglas son las mismas que en la úlcera simple del estómago. Sólo que así como en esta última es necesario prolongar indefinidamente el régimen lácteo exclusivo, en la úlcera del duodeno, el retorno del apetito y la integridad del estómago permiten, y aun algunas veces exigen, que al cabo de muy poco tiempo la alimentación sea más variada y más substanciosa. Algunas observaciones de mi monografía demuestran lo bien que ha sido tolerada y lo útil que ha resultado.

Es evidente que será preciso reglamentar y vigilar con gran cuidado esta alimentación, no dando al principio más que alimentos ligeros, de fácil digestión, evitando todos los manjares groseros que no podrían sufrir en el estómago una quimificación suficiente y por lo mismo resultarían irritantes en contacto con la llaga intestinal.

También deben proscribirse en absoluto del tratamiento de la úlcera del duodeno lo mismo que del de la úlcera gástrica, los alcoholes de todo género. Absorbiéndose sin sufrir alteración, el trabajo de la digestión no los destruye y conservan por lo tanto sus cualidades irritantes tanto en el estómago como en el duodeno.

De igual suerte que en el capítulo anterior, las *complicaciones* de la úlcera simple del duodeno no pueden ser estudiadas desde el punto de vista de su tratamiento *médico*. Más á menudo aún que la úlcera gástrica, por ser más frecuente la perforación y sus consecuencias, la úlcera simple del duodeno obliga á recurrir á la intervención del cirujano, y así su tratamiento corresponde á la terapéutica *quirúrgica* (1).

(1) Véase acerca de este asunto el artículo del M. Verchère en este mismo tomo.

CAPÍTULO XXI

TRATAMIENTO DEL CÁNCER DEL ESTÓMAGO

POR

P. MUSELIER

Médico del hospital Lariboisière

TRADUCCIÓN DE JOSÉ GÓNGORA

I

Consideraciones generales

Si sólo se mirara esta cuestión desde el punto de vista de la curabilidad, el tratamiento del cáncer del estómago se reduciría realmente á muy poca cosa. Esta enfermedad termina casi siempre mortalmente, y de ahí que todo médico sólo al diagnosticarla formule necesariamente un pronóstico fatal, en el cual sólo cabe discutir el plazo. Esto equivaldría á decir que no hay tratamiento propiamente dicho, sino únicamente una serie de medios precarios, destinados á aliviar al enfermo ó á combatir ciertas complicaciones cuya aparición es eventual (traumatismo, perforación, etc.). En suma, en este caso particular, todo se reduciría casi exclusivamente á la terapéutica de los síntomas.

Seguramente hay gran parte de verdad en esta manera de comprender la cuestión, porque la experiencia diaria demuestra que el cáncer del estómago, lo mismo y quizás aún más que sus congéneres viscerales, es una afección que está por encima de los recursos del arte. No obstante, debe atenuarse algún tanto este juicio que, tomado al pie de la letra, conduciría lógicamente á la desesperanza y al nihilismo terapéutico; porque, por una parte, la enfermedad puede durar mucho tiempo y parece susceptible de durar ostensiblemente más si el tratamiento es apropiado; esto ya aligera algo la gravedad habitual del pronóstico.

Por otra parte, ciertas tentativas quirúrgicas practicadas en estos

últimos años, han sugerido la esperanza de que pudiera detenerse la evolución del neoplasma, bien mediante la extirpación directa, ó bien estableciendo condiciones mejores de las que antes existían. Las tentativas recientemente realizadas en este orden de ideas han proporcionado algunos resultados apreciables, á pesar de su osadía aparente. En estos últimos tiempos, la prensa médica ha relatado hechos de los cuales resulta que la intervención quirúrgica puede producir buenos efectos suprimiendo síntomas dominantes (dilatación, vómitos) ó hasta deteniendo la evolución del mal. Por último, debemos citar, en el orden puramente médico, los ensayos bastante favorables de tratar el cáncer gástrico por la administración de substancias que parecen capaces de producir la regresión ó al menos la cicatrización del tejido canceroso. Ya insistiremos luego sobre estos hechos, pero teníamos que mencionarlos desde ahora, para demostrar que abren un camino que debe recorrerse si se quiere cambiar el tradicional pronóstico de la enfermedad.

Antes de entrar decididamente en materia, se nos ofrece una cuestión previa. ¿Deben tenerse en cuenta las formas anatómicas del cáncer gástrico para dirigir el tratamiento de esta enfermedad? Parécenos que la cosa no tiene gran interés, porque de ordinario es muy difícil, sino imposible, saber de qué especie se trata. La clínica proporciona muy pocos datos que iluminen al médico acerca de este punto. Sábese, por ejemplo, que el escirro dura más tiempo, que tiene poca tendencia á proliferar y extenderse, al paso que el cáncer epitelial, el encefaloide de los anatomo-patólogos, suele ofrecer ordinariamente caracteres inversos, por su volumen más considerable, su evolución más rápida, su mayor tendencia á la ulceración. Sábese también, que el fungos hematode de estructura telangiectásica, es notable por su friabilidad y natural propensión á las hemorragias, caracteres ambos que se explican fácilmente por su riqueza en vasos de nueva formación. Estos datos pueden aplicarse en clínica y sacar partido de ellos para predecir con alguna verosimilitud la variedad de lesión de que se trata.

Pero más importante es, en nuestro sentir, la determinación del sitio que ocupa el cáncer. En efecto, según la localización del mal, puede variar mucho la sintomatología y por lo mismo la indicación terapéutica. Es evidente que, por ejemplo, el cáncer limitado á una de las caras ó una de las corvaduras, dejando íntegros los orificios, no afecta la misma evolución ni tiene igual pronóstico que el cáncer del cardias ó del píloro. Y aun en estos últimos, hace falta distinguir las indicaciones, que pueden diferir totalmente. En caso de estenosis pilórica, el estómago estará dilatado hasta el punto de adquirir un volumen enorme, al paso

que en el cáncer del cardias el estómago estará vacío y retraído. Lo único común será la caquexia y la inanición, y aun estos dos síntomas serán mucho más acentuados si la lesión radica en la parte inferior del esófago.

Insistir más en estas consideraciones generales, fuera salir de nuestro tema. Esta exposición se propone sencillamente recordar que la idea del tratamiento es solidaria de la del diagnóstico, y por consiguiente que es necesario que éste sea exacto y lo más minucioso posible si se quiere intervenir de una manera racional y algo útil. Pues bien, el diagnóstico del cáncer del estómago no es siempre fácil, ni mucho menos. En primer lugar, hay el peligro de que pase inadvertido, atribuyendo los fenómenos gástricos que dependen del cáncer á otra afección más vulgar (gastritis, dispepsia). Esto puede ocurrir sobre todo al principio de la enfermedad en el período inicial, marcado por signos de valor equívoco, período que puede durar muchos años (caso de Rendu) y cuya evaluación es tanto más difícil cuanto que nunca se sabe en qué momento comienza la lesión. Luego, se corre el riesgo de cometer el error contrario y atribuir á una neoplasia lo que es efecto de otra enfermedad y poner así la etiqueta de cáncer allí donde no existe. Nos referimos al decir esto á los casos de falsos cánceres, conocidos desde hace mucho tiempo, pero sobre los cuales se ha fijado de nuevo la atención recientemente (1). Estos seudocánceres se acompañan generalmente de un tumor, con el cual pueden coexistir otros síntomas especiales, tales como caquexia y hematemesis. Este grupo comprende ciertos casos de úlcera simple con peritonitis parcial inmediata á la lesión: los tumores formados por la vesícula biliar y acompañados de trastornos dispépticos más ó menos graduados; ciertos tumores seudoestercoráceos á nivel del colon transverso. Últimamente se ha querido incluir en este mismo grupo la linitis plástica de Brinton, lesión poco frecuente y singular, que durante largo tiempo se ha considerado como una especie de gastritis intersticial y que otros trabajos más recientes han hecho considerar como una variedad del cáncer gástrico de forma intersticial y difusa.

Debe saberse que todas estas afecciones pueden simular el cáncer por diversas razones y que, por consiguiente, es preciso tener en cuenta las probabilidades de error que pueden introducir en el diagnóstico y en el pronóstico; porque un error cometido en este sentido, sería ciertamente mucho más importante desde el punto de vista del tratamiento que el que consistiese en confundir un cáncer gástrico con el cáncer de un órgano vecino: duodeno, hígado, páncreas. Inútil es decir que tal error sería

(1) Huchard. — *Bull. méd.*, 1894.

también mucho más perjudicial para el médico, para el prestigio y la consideración que debe merecer de sus enfermos.

Estudiemos ahora la cuestión del tratamiento y contestemos primeramente la pregunta que hace poco hemos formulado.

II

¿Existe un tratamiento curativo del cáncer del estómago?

No se puede responder á esta pregunta más que citando los casos que la ciencia posee en este orden de ideas. Refiérense estos casos al empleo de ciertas substancias á las cuales se había atribuído, *a priori* ó por empirismo, una acción específica sobre el cáncer: el condurango, el clorato de sosa, el aristol, para no citar sino aquellas más preconizadas. Vamos á exponer brevemente lo que se refiere á cada una de ellas.

A. — El *condurango,* planta del Ecuador, pertenece á la familia de las Asclepiádeas; contiene una substancia tóxica, un alcaloide, la condurangina, que existe exclusivamente en la corteza. El descubrimiento de las propiedades anticancerosas de esta planta, parece ser una conquista del azar, ó si se quiere del empirismo. Después de Casares, médico español que la dió á conocer en 1871, se ha publicado la observación de Friedreich, en la cual este médico había notado, en 17 días, la disminución notable de un tumor canceroso y la desaparición de los ganglios supraclaviculares concomitantes. Este resultado es demasiado brillante para no ponerlo en entredicho, tanto más cuanto que Riess afirma no haber logrado más que tres mejorías transitorias en un total de 51 casos tratados. Así pues, hace falta ser muy cauto en cuanto dice á la eficacia del condurango contra el cáncer del estómago, y quizás es preferible apreciar el medicamento en su justo valor, es decir, como un simple eupéptico y un amargo capaz de despertar el apetito y mejorar momentáneamente las funciones digestivas. Por lo demás, su uso es inofensivo, y esto puede alentar al médico á emplearlo. Hay muchas fórmulas que pueden utilizarse con este objeto.

La de Friedreich:

Corteza de condurango.	15 gramos
Agua.	350 —

Redúzcase á 180 gramos por maceración prolongada y ebullición. Tres cucharadas al día.

La de Krauss:

Corteza de condurango pulverizada.	15 gramos
Ácido clorhídrico.	XV gotas
Jarabe de cortezas de naranjas amargas. . .	150 gramos

M. s. a.

Una cucharada grande cada dos horas.

Hay también preparados alcohólicos, tinturas, que contienen más principios activos que las anteriores soluciones y pueden administrarse en menores cantidades, de dos ó tres cucharadas de café al día.

B. — El *clorato de sosa* ha sido muy preconizado y, á juzgar las promesas de sus comienzos, parece llamado á tener algún porvenir en clase de agente curativo en el tratamiento de la enfermedad que estudiamos. El Congreso de Besançon (1893) consagró su introducción en terapéutica en forma de una comunicación magistral de Brissaud. Nuestro colega ha relatado en una memoria una serie de cinco casos en los cuales había comprobado la obtención del alivio y aun de una duradera mejoría, gracias al uso del clorato de sosa á dosis altas (de 8 á 16 gramos por día). La mejoría se ha traducido de diversas maneras: por la supresión de los vómitos y las melenas, por la reaparición del apetito y la desaparición de la caquexia. Simultáneamente pudo comprobarse la desaparición progresiva y completa del tumor epigástrico después de seis semanas próximamente de tratamiento especial. Brissaud dice haber obtenido todavía otros éxitos, pero menos demostrativos á causa de las dudas que acerca del diagnóstico no pudieron disiparse. Ha habido también fracasos, quizás imputables á la especie de cáncer de que se trataba. Parece que las variedades intersticial y sarcomatosa son más rebeldes que la variedad epitelial, cuya estructura es más vulnerable por los agentes exteriores. Otra condición desfavorable depende de la marcha y la generalización; así es que los cánceres de evolución rápida y los que se generalizan precozmente, no reportan beneficio del uso del clorato de sosa. Y sin embargo, aun en estas circunstancias desfavorables, puede notarse mejoría, cuando menos transitoria, como demuestran ciertos hechos, el de Nélaton hijo entre otros.

No es conocido el modo cómo despliega su acción el medicamento ni cabe formular á este respecto otra cosa que simples conjeturas. Verosímilmente, interviene modificando los epitelios que constituyen la base de los tumores neoplásicos. De modo que su acción sería análoga á la del clorato de potasa, cuyos efectos son bien conocidos contra ciertas lesiones de la piel y de las mucosas; leucoplasia bucal, cancroide de la cara, etc. Pero el clorato de sosa presenta notables ventajas sobre este último: ma-

yor solubilidad, toxicidad mucho menor. Estas dos ventajas autorizan un empleo mucho más amplio del medicamento. Á este propósito, una de las fórmulas más sencillas es la que copiamos de Huchard:

Clorato de sosa. . . . . 8 gramos
Agua destilada. . . . . 100 —
Disuélvase. Para tomar á cucharadas de café en las veinticuatro horas.

Esta fórmula puede variarse á voluntad, tanto desde el punto de vista de la dosis del medicamento, como en el concepto de la adición de algunas substancias destinadas á aromatizar la solución y darle un gusto agradable.

Resumiendo lo que se refiere al clorato de sosa, diremos que los casos que apoyan su eficacia son bastante numerosos para asignarle un lugar en la terapéutica del cáncer del estómago. Así pues, habrá motivo para experimentarlo en todos los casos bien confirmados, pero sobre todo en el período que precede á la generalización y á la caquexia especial, período que es siempre fácil de reconocer cuando se tiene el hábito de la clínica. Será mejor emplear desde el principio dosis altas, siguiendo el ejemplo de Brissaud, que ha prescrito hasta 16 gramos, dosis máxima, á la cual quizás sea más prudente no llegar. Añadamos que esta medicación no tiene razón de ser más que en el período inicial del cáncer. Más tarde, cuando hay ulceración de la neoplasia y agravación del estado caquéctico, todo ensayo de este género estaría necesariamente condenado á fracasar.

C. — El *aristol*. Poco es lo que tenemos que decir acerca de este medicamento, cuyo empleo ha sido dictado por consideraciones análogas á las que han motivado el del clorato de sosa, es decir, por los muy notables efectos que produce como medicamento tópico en caso de ciertas lesiones del tegumento interno (cancroide). Hasta hoy no ha sido experimentado en escala bastante extensa para que estemos autorizados á insistir.

D.—Se han recomendado asimismo como medicamentos específicos, la *tintura de tuya*, el *bicromato de potasa* y en último lugar el *suero anticanceroso*. Diremos con Bousquet que estas diversas medicaciones no cuentan todavía en su favor un éxito verdadero (1) y que, lejos de poseer un valor específico, cumplen á lo sumo indicaciones de orden muy secundario. Del suero anticanceroso, dice el mismo autor, cuéntase que consiguió una curación, pero el enfermo á que esta observación única hace referencia, entró ulteriormente en la clínica de Alberto Robin y en ella se reconoció que en realidad se trataba de una hiperestenia gástrica permanente, de apariencias carcinomatosas con hiperclorhidria considerable.

(1) Bousquet.—*Thèse de Paris*, 1896.

III

Tratamiento paliativo

Tras esta corta digresión concedida á los ensayos de tratamiento curativo, debemos reconocer que siendo el cáncer del estómago las más de las veces una enfermedad superior á los recursos del arte, no admite más que un tratamiento paliativo, es decir, destinado á combatir aisladamente los diversos síntomas que revelan su existencia y sus progresos. Entre estas manifestaciones clínicas susceptibles de servir de indicaciones, unas son constantes, y por lo mismo forman parte integrante de la enfermedad; las otras son eventuales, accesorias, y por tanto sólo tienen un valor secundario, aunque puedan adquirir en ciertos momentos tal predominio que dominen á todas los demás: por ejemplo, la hematemesis, el vómito, la perforación. Al exponer las indicaciones, hay que tener en cuenta esta circunstancia.

A. — PERTURBACIONES DIGESTIVAS

1.° Entre los síntomas de la primera categoría, merecen especial mención las perturbaciones digestivas, en razón de su importancia y de su frecuencia. Son perturbaciones de orden marcadamente dispéptico: anorexia, pesadez de estómago después de las comidas, dificultad y lentitud de las digestiones, etc.

Estas perturbaciones de la función gástrica son habitualmente las primeras en aparecer: son las que de ordinario llenan ese período inicial, que puede durar mucho tiempo, meses y aun años, y durante el cual el diagnóstico permanece incierto y obscuro, tanto más cuanto cada uno de ellos considerado aparte no ofrece nada de patognomónico, nada que claramente le distinga del mismo síntoma tal como se presenta en otras afecciones (gastritis crónica, dispepsia).

Sin embargo, puede decirse que la *anorexia* tiene algo especial. Es en cierto modo electiva, en el sentido de que la falta de apetito se acompaña de una particular repugnancia por ciertos alimentos con exclusión de otros. Así la repugnancia por la carne y las materias grasas es bastante frecuente para adquirir á los ojos de algunos un valor casi específico. Pero esta regla tiene excepciones, y casos hay en los que falta la anorexia, no sólo en los comienzos del mal, sino también en sus fases ulterior y terminal (1).

(1) HANOT. — *Congreso de Besançon*, 1893.

Como quiera que sea, estas perturbaciones digestivas del período inicial ofrecen una importancia extraordinaria, y el médico debe esforzarse en combatirlas, en la persuasión de que podrá triunfar en muchos casos y mejorar á su enfermo, aun cuando la certidumbre de un diagnóstico bien fundado quite la esperanza de una curación radical. Pero es necesario conocer previamente el funcionamiento químico del estómago afecto de cáncer, si se quiere estar en disposición de instituir lo que en tales casos es más importante: un régimen dietético racional.

Este funcionamiento está viciado desde los primeros momentos, según resulta de los análisis muy numerosos que se han practicado en los diversos períodos de la evolución de la enfermedad. Hay disminución de la cantidad de jugo gástrico segregado y alteración cuantitativa de esta secreción en forma de disminución del ácido clorhídrico que contiene en estado normal. Apepsia y anaclorhidria, tales son las bases clínicas del quimismo en los sujetos afectos de cáncer gástrico, según Alberto Robin, que reconoce, por otra parte, que estos dos caracteres no tienen un valor absoluto, puesto que se les encuentra en las simples dispepsias por insuficiencia y en la mayor parte de las gastritis crónicas.

No obstante, la hipoclorhidria es considerada hoy día como la regla general en los sujetos afectos de cáncer del estómago, hasta tal punto que algunos autores han querido reputarla como un medio casi seguro de diagnóstico. Alberto Robin, que ha practicado gran número de análisis, reconoce que en la casi totalidad de los casos ha faltado el ácido clorhídrico libre, y el ácido clorhídrico combinado en un gran número de casos también, y llega á la conclusión de que faltan totalmente los elementos de la digestión, que el estómago es un vaso inerte, en el cual los alimentos se estancan sin ser utilizados. Esta conclusión lleva otra consigo, á saber: que el estómago canceroso es incapaz de digerir los albuminoides, incluso la leche, al paso que es apto para transformar los feculentos. Estos datos primordiales é inatacables deben servir, según nuestro colega, para fundamentar las grandes indicaciones del régimen, que puede resumirse en los preceptos siguientes:

1.° Disminuir ó hasta suprimir los alimentos albuminoideos;

2.° Aumentar la proporción de los feculentos;

3.° Cohibir las fermentaciones viciosas que resultan de una mala quimificación.

1.° Régimen

Sólo como recuerdo citamos el precepto tradicional que hacía del uso exclusivo de la *leche* el régimen preferible para los individuos afec-

tos de cáncer del estómago. Este precepto era ya por sí mismo sobradamente discutible, como lo son casi siempre en terapéutica las reglamentaciones sistemáticas y las fórmulas hechas.

En realidad, el régimen lácteo no conviene sino en casos especiales, que pueden categorizarse como sigue:

Intolerancia absoluta de los alimentos sólidos, con vómitos frecuentes;

Estenosis del píloro, que á su vez produce indirectamente la intolerancia;

Hematemesis abundantes y repetidas, que motivan la supresión momentánea de toda alimentación sólida.

Fuera de estos casos, el régimen lácteo no tiene por qué intervenir, y debe procurarse alimentar al enfermo obedeciendo á ciertas reglas.

En primer lugar, por lo que se refiere á las carnes, hay que conservar su uso cuando el píloro y el intestino no aparecen afectados, porque entonces el intestino puede suplir hasta cierto punto al estómago, que queda reducido al papel de estación intermedia, simple lugar de paso.

En caso de estenosis pilórica ó de alteración de las funciones intestinales, Alberto Robin aconseja el siguiente régimen (1):

Pescados magros (lenguado, mero, rodaballo, merluza, pescados blancos).

Volatería tierna en puré (sopa de la reina), gelatinosos (gelatinas de carne, tripa de ternera, pies de carnero), que son alimentos de ahorro y como tales pueden prestar servicios.

En la alimentación de los cancerosos, debe dominar el régimen vegetal. Este régimen comprende:

Los feculentos nitrogenados (puré de garbanzos, lentejas, alubias rojas, harina de avena, etc.) y todas las pastas alimenticias.

Las legumbres verdes en pequeña cantidad y los condimentos diversos que excitan el apetito y estimulan lo que resta de función gástrica.

Un tercer precepto es el de impedir ó cohibir todas las fermentaciones estomacales ó intestinales. De modo que hay que prohibir á los enfermos los alimentos que precisamente favorecen ó engendran estas fermentaciones: el pan fresco, los quesos, los embutidos, el kefir, etc.

Alberto Robin, de quien tomamos este cuadro, afirma que los cancerosos consiguen habitualmente grandes beneficios del régimen comprendido de este modo, con la condición de que lo observen con perseverancia. El resultado ordinario es un aumento del peso, fácilmente medible por medio

(1) ALBERTO ROBIN. — Tratamiento médico del cáncer del estómago *(Bulletin de thérapeutique*, 1896).

de pesadas periódicas, y cuya comprobación es para el enfermo un motivo de aliento y consuelo grandemente poderosos.

2.° Tratamiento médico propiamente dicho

Aparte del régimen, que debe ser la primera preocupación del médico, intervienen una serie de consideraciones, cuyo conjunto representa lo que pudiera llamarse el tratamiento médico del cáncer del estómago. Este tratamiento tiene por objeto modificar tales ó cuales síntomas, unos que forman parte más ó menos integrante de la enfermedad, como la anorexia, la dificultad de las digestiones, el desarrollo de fermentaciones intra-estomacales; otros que sólo aparecen de una manera eventual y á título de complicaciones, por decirlo así: hematemesis, vómitos, etc. Por consiguiente, la importancia de este tratamiento varía en consonancia con el valor del síntoma á que se dirige.

A. — ANOREXIA

Hemos dicho que la disminución del apetito era uno de los signos más constantes y de ordinario uno de los más precoces de la degeneración cancerosa del estómago. Es un hecho de gran importancia, puesto que dificulta la alimentación, único recurso de que dispone el médico para prolongar la vida del enfermo. Para combatirlo puede echarse mano á toda la serie de las preparaciones amargas:

Los estrícnicos: *tintura de nuez vómica; tintura de habas de San Ignacio, gotas amargas de Baumé,* de III á IV gotas en medio vaso de maceración de *cuasia* ó de *colombo* algunos minutos antes de las comidas.

Alberto Robin recomienda también el *vino triacal,* estimulante y tónico, y sobre todo el *condurango* en la forma siguiente:

Corteza de condurango blanco.	15 gramos
Agua.	250 —

Redúzcase por ebullición á 150 gramos y edulcórese con un jarabe.—Para tomar una cucharada media hora antes de las comidas.

Análogamente y con el mismo objeto, diez minutos antes de las comidas, un sello compuesto de:

Cloruro de amonio	0 gr. 15
Bicarbonato de sosa.	0 gr. 26
Polvos de Dower	0 gr. 10

Para una oblea.

B — DIFICULTAD DE LAS DIGESTIONES

Todo individuo afecto de cáncer gástrico es por este solo hecho un dispéptico: es ésta una proposición que se desprende claramente de las expuestas consideraciones acerca del quimismo gástrico, como también del conocimiento de las lesiones propias de la enfermedad. En lo que á estas últimas se refiere, es sabido que tienen por efecto inevitable la atrofia y la destrucción de las glándulas que sirven para la secreción del jugo gástrico, es decir, para la elaboración de los fermentos digestivos. Este es precisamente uno de los más seguros resultados de la degeneración cancerosa. Por consiguiente, no es posible contar con estas glándulas, que están en vías de desaparición, y debe mirarse el estómago como un vaso inerte en el cual ya no pueden realizarse más que digestiones artificiales (Alberto Robin). Verdad es que algunos observadores, Dujardin-Beaumetz entre ellos, han negado la importancia de este hecho, sosteniendo que siempre quedan en la mucosa gástrica, aun en los casos de degeneración muy extensa, glándulas de pepsina suficientes para subvenir á las necesidades de un trabajo digestivo, sobre todo de un trabajo simplificado por la anorexia habitual y la escasa abundancia de los ingesta. Pero esta objeción no puede prevalecer ante las consideraciones expuestas. Por lo tanto, se aconsejará uno de los medios siguientes:

1 á 2 gramos de *bicarbonato de sosa* en medio vaso de agua, para tomar unos veinte minutos antes de empezar á comer.

O bien un vaso de agua de *Vichy* caliente algunos instantes antes de sentarse á la mesa.

El uso de los alcalinos está perfectamente indicado en estos casos, como medio capaz de excitar la secreción del jugo gástrico y de preparar la digestión, particularmente la de los albuminoideos: está conforme con los experimentos de Claudio Bernard y con las investigaciones más recientes de otros fisiólogos, que han reconocido la acción eupéptica del bicarbonato de sosa.

Desde mitad de la comida hasta acabarla, se beberá á sorbos pequeños un vaso grande de esta solución:

Acido clorhídrico.	1 gr. 66
Agua.	1000 gramos

M. s. a.

y en medio de la comida, se tomará una oblea de la siguiente composición:

Pepsina	0 gr. 50
Maltina.	0 gr. 10
Pancreatina.	0 gr. 10

Para una oblea.

Estas dos fórmulas, que copiamos de Alberto Robin, representan los principales coadyuvantes de la digestión gastro-intestinal, es decir, los principios inmediatos, seguramente alterados ó disminuídos en los cancerosos, que sirven para la elaboración de los alimentos. Las referidas fórmulas se dirigen contra una dispepsia por defecto; así pues, su intervención es lógica y racional.

C. — PRODUCCIÓN DE FERMENTACIONES ANORMALES

Representan un aspecto importante del tratamiento, porque el desarrollo de fermentaciones anormales y la producción de ácidos grasos que acarrea, añaden su nociva influencia al estado dispéptico ya resultante de la desaparición de los elementos glandulares secretores.

Cuando existen tales fermentaciones, puede estar indicado el *lavado del estómago,* porque indirectamente remedia la estancación alimenticia y exonera al estómago de los productos de fermentación ya formados. Pero sobre todo debe procurarse prevenir esta formación y para esto hace falta recurrir á los medicamentos que aseguran la antisepsia gastro-intestinal. No todos son igualmente buenos; hay algunos que son irritantes para la mucosa estomacal y que por lo mismo conviene excluir: el *benzonaftol,* el *salol.*

Alberto Robin prefiere las fórmulas siguientes:

1.° Azufre: sublimado, lavado ó precipitado, 15 á 20 centigramos.
O *azufre yodurado* al 2 por 100, de 25 á 50 centigramos.

Para una oblea, que se toma al final de la comida.

2.° Fluoruro de amonio. . . . . 1 gramo
Agua. . . . . 300 gramos

Disuélvase. Una cucharada de esta solución en mitad de la comida.

3.° Al final de la comida, en un poco de agua, 10 centigramos de *naftol granulado.*

B. — TRATAMIENTO DE ALGUNOS SÍNTOMAS EN PARTICULAR

Durante la evolución de la enfermedad, puede ocurrir que algunos síntomas adquieran un predominio momentáneo é impongan, por ende, una intervención especial sobre estos diversos síntomas; unos son muy frecuentes si no constantes, como el dolor, los vómitos, las hematurias, etc.; los otros, de orden eventual y más raros, quizás también más graves, merecen el nombre de complicaciones: la perforación, la flegmasía, etc. En este orden los examinaremos.

1.° Dolor

Es un fenómeno habitual, constante pudiera decirse, en el cáncer del estómago. Su modalidad y su intensidad son muy variables, y desde este punto de vista existen casi tantos matices como enfermos. Casos hay en que existe verdadera gastralgia de una violencia comparable hasta cierto punto con la gastralgia que acompaña á la úlcera simple; otras veces el dolor espontáneo es casi nulo y sólo la compresión directa de la región epigástrica despierta una sensación penosa. Hasta se han citado casos de cáncer *indoloro*, que evoluciona hasta el final sin que los enfermos experimenten sufrimiento alguno. Esta anomalía depende de causas que no siempre es fácil esclarecer. La naturaleza histológica y la localización del neoplasma influyen verosímilmente algo, lo mismo que las lesiones secundarias por él determinadas. *A priori* se comprende fácilmente que una estenosis pilórica cancerosa, por ejemplo, se tolere peor que una alteración que ocupe el cuerpo del órgano, porque, en el primer caso, el paso de los alimentos hacia el intestino encuentra un obstáculo permanente y más ó menos infranqueable, circunstancia que necesariamente debe traducirse por contracciones dolorosas y por la dilatación de las porciones situadas detrás del obstáculo, etc.

Como quiera que sea, las indicaciones terapéuticas dependientes del dolor son precisas y á menudo revisten tal carácter de urgencia que dominan sobre cualquiera otra intervención. En general, puede decirse que el *régimen lácteo* es el mejor remedio contra la gastralgia de los cancerosos, puesto que suprime una de sus principales causas,—la irritación resultante del contacto de los alimentos. El uso exclusivo de la leche llega á hacerse necesario en ciertos casos en los cuales el dolor, por su violencia y duración, se hace un síntoma preponderante.

El *lavado del estómago* es racional cuando hay estancación alimenticia permanente: librando al estómago de su carga, puede proporcionar un marcado alivio.

Exceptuando estos casos especiales, disponemos de una serie de recursos proporcionados á la intensidad del dolor. Contra la simple molestia en el hueco epigástrico, puede emplearse la *revulsión* local ó bien la aplicación permanente de *emplastos calmantes*. Alberto Robin, ya citado, aconseja el siguiente epitema:

Emplasto de diaquilón	aa.	5 partes
— de triaca		
Extracto de belladona	aa.	1 —
— de cicuta		
— de beleño		
Acetato amónico		1 —

H. s. a.

Si los dolores son más intensos, el mismo autor aconseja la aplicación de un *vejigatorio opiado,* ó administrar la poción siguiente:

Bromuro de potasio	6 gramos
Clorhidrato de morfina	0 gr. 05
Agua de laurel-cerezo	10 gramos
Jarabe de éter	30 —
Agua destilada de tilo	120 —

H. s. a. Poción. De 1 á 4 cucharadas en las veinticuatro horas.

Pueden asimismo emplearse las preparaciones *opiadas,* el *éter,* el *agua clorofórmica,* preconizada por Lasègue, la *cocaína.* Si el dolor es demasiado violento, las *inyecciones de morfina loco dolenti* son un recurso indispensable y precioso, que con sobrada frecuencia se deja para lo último, cuando ya no tienen otro objeto que proporcionar al enfermo un reposo artificial y el olvido de sus sufrimientos. La intervención de la morfina es de absoluta necesidad en los casos desesperados, pues fuera crueldad privar al enfermo del único medio capaz de aliviar las angustias de un fin ya resueltamente inevitable.

2.° Vómitos

El vómito es, como el dolor, un fenómeno muy frecuente en los cancerosos del estómago, y por lo tanto, motiva muy á menudo la intervención del médico. El mecanismo del vómito es variable; algunas veces puede atribuirse á la irritación de la mucosa por el icor canceroso ó por los alimentos; pero con mayor frecuencia depende de la estenosis del píloro y la consiguiente dilatación de la bolsa estomacal. En este último caso, tiene por carácter habitual el aparecer á cierta distancia de las comidas y ser casi exclusivamente alimenticio. Algunas veces pueden encontrarse en las materias vomitadas alimentos ingeridos muchos días antes y ya modificados por un trabajo de quimificación avanzada.

En circunstancias tales, el régimen tiene gran importancia. También aquí es el *régimen lácteo* el que se impone cuando la persistencia y la abundancia del vómito demuestran la existencia de una estrechez de los orificios, porque lo que ante todo hace falta es evitar la estancación ali-

menticia. Cuando las cosas no llegan á tan alto grado, se puede combatir el síntoma con éxito. Así es que, contra la simple *pirosis*, Alberto Robin aconseja prescribir de uno á cuatro por día de los siguientes papeles:

Magnesia decarbonatada	0 gr. 60
Polvo de opio	0 gr. 02
Subnitrato de bismuto	0 gr. 20
Bicarbonato de sosa	0 gr. 75

Para un papel.

Acentuándose más, están indicados para combatir el vómito los antieméticos, las *bebidas gaseosas*, el *hielo*, etc. No insistiremos aquí en las fórmulas, que son las mismas que se emplean contra el vómito considerado en general, y por otra parte pueden variarse á voluntad. Sólo recordaremos que hay casos en los cuales la intolerancia es absoluta y el estómago rechaza indistintamente todo lo que recibe. Entonces la inanición viene á añadirse á la caquexia para acelerar la terminación fatal. En tal momento habrá llegado la oportunidad de pensar en una intervención quirúrgica, de la cual pronto hablaremos. Pero antes debe ensayarse la alimentación artificial por medio de *enemas nutritivos*. Mucho se ha discutido la utilidad de este recurso y Dujardin-Beaumetz hace expresas reservas sobre lo que á esto se refiere (1). Piénsese lo que se quiera, es necesario hacer el ensayo cuando sea absoluta la intolerancia para los alimentos ó cuando exista un obstáculo esofágico reconocidamente infranqueable (cáncer del cardias).

Las fórmulas de enemas alimenticios son muy numerosas. Las dos siguientes podrán servir de modelos:

Yemas de huevo	N.° 2
Leche	200 gramos
Peptona seca	10 —
Láudano de Sydenham	V gotas

Para un enema.

ó también:

Vino tinto	100 gramos
Caldo	150 —
Peptona seca	10 —
Láudano	V gotas

Para un enema.

Estos enemas se han de reiterar muchas veces al día, recomendando al enfermo que los retenga.

Contra los vómitos pueden emplearse también los medios siguientes:

(1) Dujardin-Beaumetz.—*Traité de thérapeutique.*

1.° Cinco minutos antes de las principales comidas, V á VIII gotas de la solución siguiente:

Picrotoxina	0 gr. 05
Clorhidrato de morfina	0 gr. 05
Sulfato neutro de atropina	0 gr. 01
Agua de laurel-cerezo	10 gramos

M s. a. ALBERTO ROBIN.

2.° O también:

Una cucharada de café de solución de *cocaína* (15 centímetros cúbicos por 150 gramos de agua).

Una cucharada de café de *agua clorofórmica*.

Una cucharada de café de *agua de menta*.

3.° Aplicar un *vejigatorio* de 5 × 5 centímetros en la región epigástrica, espolvoreándolo con polvos de *opio*.

3.° Hematemesis

La hematemesis es un accidente extremadamente frecuente en el curso del cáncer del estómago. Sobreviene á veces en los comienzos del mal, antes del período de los síntomas confirmados, y entonces es su aparición un dato precioso para el diagnóstico, antes inseguro. Más á menudo se presenta en el período confirmado. De suerte que su valor semiológico es importante, si no decisivo.

Recordaremos que generalmente esta hematemesis ofrece caracteres algo especiales. La sangre rara vez es pura, sino que sale alterada hasta el punto de parecerse, según una comparación clásica, al poso del café ó al hollín diluído, aspecto que es consecuencia de su estancación en el estómago y de su alteración. Es lo que Jaccoud llama *hematemesis pulverulenta*, forma casi especial del cáncer del estómago. Puede ser muy abundante y como se reitera á menudo, se comprende que pueda acelerar la muerte á causa de la anemia que se suma á todas las causas de empobrecimiento general.

Desde el punto de vista del tratamiento, conviene distinguir dos grupos de casos, según que la hematemesis es abundante ó escasa. En el primer caso, todos los medios de hemostasia encontrarán aplicación, porque corre gran riesgo la vida del enfermo.

Además del reposo absoluto, debe prescribirse la dieta transitoria y no permitir á lo sumo más que un poco de agua pura y algunos trocitos de *hielo*, que el enfermo deja fundir en su boca. Es práctica tradicional la aplicación de hielo en el hueco epigástrico, á lo cual hace falta asociar el

uso de inyecciones de una solución de *ergotina* en la proximidad de la región del estómago. Si la hemorragia es de mediana abundancia, puede ser suficiente la ergotina en poción, en la siguiente forma:

Ergotina..	4 gramos
Ácido agállico..	0 gr. 50
Jarabe de trementina.	30 gramos
Agua destilada de tilo.	120 —

H. s. a. poción.—Una cucharada grande cada hora.

ALBERTO ROBIN.

En los casos de hemorragia pequeña más ó menos repetida, Alberto Robin prescribe:

Acido tánico.	0 gr. 60
Polvo de opio en bruto.	0 gr. 15
Azúcar en polvo ó lactosa..	1 gramo

Para 6 papeles. Uno cada cuatro horas.

Por último, en los casos de hemorragia mínima, el enfermo puede limitarse á tomar una ó tres grajeas de *percloruro de hierro* en medio de cada comida.

Recordaremos que la hematemesis del cáncer gástricc es una contra-indicación del lavado del estómago y que éste debe interrumpirse cuando aquélla aparece.

4.° Tratamiento de los demás síntomas

No insistiremos sobre el tratamiento de algunos síntomas accesorios, como la *diarrea* y el *estreñimiento*, estados opuestos que pueden observarse sucesivamente en el mismo enfermo en diversas fases de su mal, y que los dos caen dentro de los sencillos medios que cada médico puede variar á voluntad.

Tampoco creemos que haya motivo para preocuparse del estado caquéctico y de dirigir contra él una medicación especial. La caquexia es un producto de muy diversos factores, entre los cuales conviene indicar, quizá en primer lugar, las infecciones secundarias que la lesión estomacal produce directamente ó que ella favorece. Por lo tanto, no es posible concebir una medicación unívoca para un estado tan complejo. El mejor medio de combatirla estriba en favorecer la alimentación é impedir las hemorragias, que son una de las más notables causas de debilitación.

IV

Tratamiento de las complicaciones

En realidad, las que se llaman complicaciones del cáncer del estómago no representan más que una categoría de síntomas, un grupo de manifestaciones directas ó distanciadas, cuya aparición es inconstante por estar subordinadas á condiciones de orden generalmente eventual. Así, la *perforación*, que es una consecuencia habitual de la ulceración espontánea y progresiva del neoplasma, puede también ser resultado de una intervención inoportuna, como el lavado del estómago.

Es un accidente de gravedad suma, porque el derrame del contenido gástrico en la cavidad abdominal produce casi inevitablemente una peritonitis agudísima, que acarrea rápidamente la muerte. En algunos casos más afortunados, los efectos de la perforación quedan limitados por las adherencias que sujetan al estómago con los órganos vecinos y de este modo impiden que las materias caigan en el peritoneo. El tratamiento de esta grave complicación es el de la peritonitis aguda generalizada; es decir, que no puede ser sino paliativo y tiene pocas probabilidades de éxito, pues el enfermo, ya debilitado por la inanición y la caquexia, está destinado casi infaliblemente á sucumbir. Sin embargo, en los casos de este género, habría fundamento para practicar la *laparotomía* y lavar el peritoneo.

La intervención está también indicada en caso de peritonitis parcial con absceso próximo al estómago, subfrénico, supraumbilical, etc., como lo estaría tratándose de cualquiera otra supuración circunscrita y accesible á la acción quirúrgica.

Otro tanto podemos decir de la supuración de la pleura, de la *pleuresía purulenta,* bastante frecuente en el curso del cáncer del estómago. En estos casos está claramente indicada la *toracentesis* y la aconsejamos con preferencia á la operación del empiema, que es por sí sola más grave, agravándola aún más las malas condiciones en que se presenta el enfermo; estado caquéctico, empobrecimiento orgánico, poca tendencia á la cicatrización..... En cuanto á la pleuresía cancerosa propiamente dicha, y que las más de las veces es hemorrágica, no permite más que la toracentesis y aun ésta exige cierta reserva, porque cada punción sustrae cierta cantidad de sangre, causa indiscutible de empobrecimiento para un enfermo cuyos días están ya contados.

La *flegmasía* es otro accidente bastante frecuente, otra complicación familiar del cáncer del estómago. Es sabida la importancia que Trousseau

le atribuía como signo diagnóstico. El tratamiento que le conviene es el de todas las flebitis de origen caquéctico; se reduce á poca cosa, porque la noción de la causa domina á toda consideración terapéutica y ya se sabe que la aparición de la flegmasía es generalmente el signo heráldico de la terminación fatal. Algunos observadores han emitido la idea de que esta complicación debía ser de origen infectivo, como las supuraciones locales ó á distancia. El punto de partida de esta infección sería el mismo estómago, ó mejor dicho, la flora microbiana que él encierra y que, ya muy rica en las circunstancias de salud normal, encuentra condiciones de pululación todavía más favorables en caso de degeneración cancerosa. La ulceración, que pronto ó tarde acompaña á este proceso, sería la puerta de entrada por la cual los microorganismos patógenos ingresan en la circulación y van á adulterar el organismo. La infección de este modo producida sería susceptible de engendrar muy diversas lesiones, abscesos próximos ó distantes, supuración pleural, pileflebitis, flegmasía, lesiones todas de apariencia muy heterogénea y entre las cuales cuesta trabajo á primera vista establecer parentesco. Achard, sobre todo, se ha hecho el defensor de esta opinión, que sin duda merece ser tomada en consideración, como toda hipótesis fundada en un encadenamiento lógico. Hérard de Besse, uno de sus discípulos, ha escrito sobre este asunto una tesis sumamente interesante, que consagra definitivamente un orden de ideas con el cual se habrá que contar en adelante (1).

La conclusión que, desde el punto de vista práctico, puede deducirse del conocimiento de estos hechos, es sobre todo de orden profiláctico. Debe procurarse conseguir la antisepsia del estómago, bien sea reduciendo al mínimum la penetración microbiana, bien creando un medio desfavorable para los microorganismos. La primera indicación se cumple por medio del *régimen lácteo*, que reduce considerablemente los ingresos microbianos, y la segunda por medio de los medicamentos de la serie antiséptica, *naftol, ácido clorhídrico, azufre*, etc., ó también con el *lavado del estómago*. Estará asimismo lógicamente indicado el uso de los *tónicos* para sostener las fuerzas del enfermo. Tales son las reglas generales que deben seguirse, según los que admiten como demostrada esta influencia de la infección.

(1) Hérard de Besse.— *Des formes septiques du cancer de l'estomac.* Tesis de París, 1896.

V

Tratamiento quirúrgico

Para ser completos, hubiéramos debido reservar un capítulo al tratamiento quirúrgico del cáncer del estómago. Pero esta cuestión, que cada día adquiere mayor importancia, debe ser objeto de un artículo especial, de modo que aquí no haremos más que indicar algunos de los datos que pueden motivar la intervención.

Aparte de las complicaciones á que nos referíamos hace poco, puede decirse que el cáncer del estómago se presta á una intervención cuando acarrea fenómenos de marcada intolerancia, estancación alimenticia persistente, vómitos repetidos, etc. Por lo tanto, figura en primer lugar el cáncer del píloro, porque él es el que produce en su grado máximo esta intolerancia, y luego algunos cánceres de las corvaduras, que se acompañan de los mismos síntomas molestos. Gran número de publicaciones de estos últimos tiempos demuestran los beneficios de la operación practicada en tiempo oportuno en estos casos especiales. Muy recientemente Barette (de Caen) refería cuatro observaciones en que la gastroyeyunostomía había proporcionado una gran mejoría á la par que una supervivencia inesperada. Esta supervivencia alcanzó en uno de los enfermos hasta dos años, duración considerable para un cáncer del estómago. En la enferma que mejoró, lo mismo que en los otros, los vómitos desaparecieron definitivamente después de la operación, así como las sensaciones gástricas muy penosas que antes sufría. La sensación del apetito y la necesidad de comer se hicieron imperiosas y se despertaron muy pronto, tres ó cuatro días después de la operación.

Barette cree poder deducir de estos pocos casos el porvenir de la intervención en el tratamiento del cáncer del estómago, y su superioridad sobre el mejor tratamiento médico; sólo exige un diagnóstico precoz, porque la operación no puede ser útil si no se practica pronto. Nos limitamos á tomar nota de esta declaración algo optimista, dejando á la experiencia la misión de ilustrarnos acerca de su verdadero valor.

VI

Conclusiones

Si tuviéramos que resumir las consideraciones que preceden, diríamos que el tratamiento del cáncer del estómago es casi siempre un trata-

miento paliativo, pero que, sin embargo, bien comprendido, puede prestar grandes servicios, mejorar síntomas graves ó enojosos y prolongar de una manera apreciable la vida de los enfermos. En el estado actual de la ciencia, esto es todo lo que la terapéutica puede dar contra una de las afecciones más graves del cuadro nosológico.

CAPITULO XXII

TRATAMIENTO DE LA HEMATEMESIS

POR

P. MUSELIER

Médico del Hospital Lariboisière

Traducción de JOSÉ GÓNGORA

I

Consideraciones generales

Todos los autores están acordes en la definición de la hematemesis: un vómito de sangre procedente de la parte superior del tubo digestivo y más especialmente del estómago. Según esta definición, la hematemesis debe ser considerada como un síntoma cuya aparición significa las más de las veces *gastrorragia*, es decir, hemorragia estomacal. De modo que entre estos dos términos, gastrorragia y hematemesis, existe una relación íntima, pero no una sinonimia absoluta, porque si la segunda no puede producirse sin la primera, ésta puede existir sin revelarse por la hematemesis, cuando la sangre derramada en la superficie de la mucosa gástrica se evacúa en totalidad por el intestino. Añadamos que esta última circunstancia se presenta rara vez, de tal suerte que, en la práctica cotidiana, la aparición de una hematemesis despierta, con razón, la idea de una hemorragia producida en la superficie de la mucosa gástrica.

No teniendo en cuenta más que el síntoma en sí mismo, el tratamiento de la hematemesis podría reducirse á muy poca cosa, y sería fácil condensarlo en pocas líneas, siguiendo el ejemplo de los tratados de patología, que acostumbran ser muy breves en este capítulo. Trátase, efectivamente, de una hemorragia como otra cualquiera y por lo tanto susceptible de las prescripciones terapéuticas que se aplican á la mayor parte de las hemorragias viscerales, prescripciones que forman el fondo de lo

que pudiera llamarse *hemostasia médica*. Pero, en una cuestión de este género, no es posible desprenderse de la preocupación de la etiología y de la patogenia, ni de la del grado y de la forma del síntoma, porque son precisamente estas consideraciones las que deben guiar la intervención, sirviendo de base á las indicaciones. Proceder de otra manera, sería pura y simplemente hacer un trabajo empírico.

Ahora bien, las causas de la hematemesis son numerosas y variadas. Unas son de orden general, y el mecanismo de su intervención suele ser difícil de precisar. Las otras, de orden local, pueden radicar en el estómago mismo ó fuera de él, en la vecindad más ó menos inmediata de este órgano.

A. — CAUSAS GENERALES

El primer grupo comprende las llamadas enfermedades *generales*, las que alteran la crasis de la sangre y preparan su extravasación. Hablando con propiedad, es el grupo de las enfermedades infectivas, cuyo número, ya tan grande, crece cada día por la adición de las nuevas especies que la bacteriología nos revela. Figuran en primer lugar en este grupo esas grandes enfermedades que se llaman viruela, púrpura, endocarditis ulcerativa, fiebre amarilla, ictericia grave. Admítese generalmente que producen una alteración especial del líquido sanguíneo, merced á la cual éste tiene tendencia á escaparse de los pequeños vasos. Pero es verosímil que exista también una alteración de los capilares, cuya resistencia disminuye, y así se prestan á rupturas eventuales. En ciertas enfermedades infectivas, el mecanismo es otro y más especial; ulceración en la fiebre tifoidea, embolias en la endocarditis ulcerosa.

Enfrente de este grupo ha querido crearse un capítulo aparte para ciertas hematemesis, de causa general también, ó cuando menos de origen indeterminado, que pertenecen á la categoría de las llamadas hemorragias *suplementarias*. Son las hematemesis que se dicen ocurrir en ciertas mujeres opiladas haciendo funciones de menstruación. Aunque la mayor parte de los tratados de patología creen deber concederles una mención, hay motivo para tener dudas respecto de la autenticidad de los hechos que han servido para darles crédito, y para ser muy reservados en cuanto á la interpretación de tales hechos. Seguramente hay entre ellos casos de hemorragia dependiente de lesiones gástricas desconocidas ó inadvertidas.

Iguales reservas hay que hacer respecto de las hematemesis de los sujetos nerviosos, neurópatas, histéricos. En lo que á estos últimos se refiere, conviene recordar que recientemente se ha demostrado que en

ellos es relativamente frecuente la úlcera simple del estómago, hecho que, como se comprende, hace muy problemática la influencia vasomotora ó nerviosa que se ha invocado para explicar esas hemorragias.

Digamos, sin embargo, que esta teoría del origen nervioso conserva partidarios que afirman resueltamente su convicción. Ferrán, por ejemplo, declara que la hematemesis, considerada desde el punto de vista general, no implica necesariamente la existencia de una lesión orgánica del estómago (1); sino que, por el contrario, hay casos en que, en el conjunto sintomático de una afección de forma nerviosa, y sobre todo en el histerismo, el vómito de sangre se presenta con caracteres propios y determinados, que permiten aislarlo de toda causa material. Estos fenómenos vendrían á ser como los sudores de sangre ó *hematidrosis*, y todas las hemorragias que ocurren en las histéricas. Según Ferrán, es preferible explicar todos estos hechos por una misma causa general, á pesar de su aparente diversidad.

La cuestión queda evidentemente indecisa. Todavía podemos citar aquí la opinión de Josserand (2), quien ha descrito una variedad de hematemesis histérica, que viene á ser como una expectoración sanguinolenta, cuyo aspecto es tan patognomónico, que su sola aparición adquiere el valor de un estigma y permite afirmar el estado neuropático del sujeto, con la misma certeza que el médico puede invocar cuando diagnostica la pneumonía por el solo aspecto de la escupidera. El líquido expectorado es menos rojo que la sangre pura, es sangre diluída: su consistencia es viscosa, se parece al jarabe de ratania diluído en agua; no es espumoso y en la mayoría de los casos no se coagula. Este aspecto especial depende de la presencia de cierta cantidad de saliva que disuelve la hemoglobina é impide que la sangre se coagule. Josserand evalúa la proporción en una parte próximamente de sangre por diez ó doce partes de saliva. La evacuación de este líquido representa un verdadero acto de vómito: puede provenir de la faringe ó de la base de la lengua, más á menudo del estómago y las más de las veces del esófago. La mezcla con la saliva no tiene lugar hasta el momento de pasar por la boca, como consecuencia del ptialismo reflejo despertado por el estado nauseoso. Trátase, en suma, de una verdadera *hemosialemesis* histérica, que, según Josserand, se observaría á menudo en las neurópatas dismenorreicas.

Este último dato hace creer que el fenómeno es producto de dos factores que obran solidariamente. Conviene recordar aquí, en apoyo de las ideas de Josserand, que más recientemente se ha descrito un síntoma

(1) Ferrán, *Thèse de Paris*, 1874.
(2) Josserand.—*Thèse de Lyon*, 1893.

análogo, con el mismo nombre característico de hemosialemesis histérica (1). En la discusión que ha tenido lugar sobre este tema, A. Mathieu ha creído deber afirmar también el origen nervioso de esta variedad de hematemesis, que sería imposible explicar por las causas ordinarias. Debemos tomar nota de estos trabajos y de sus conclusiones, que nos enseñan á mirar la hematemesis como cosa menos grave de como se suele mirar, puesto que puede ser efecto de un simple desorden nervioso momentáneo, sin lesión apreciable del tubo digestivo.

B. — CAUSAS LOCALES

El grupo de las causas locales es muchísimo más importante, y de ordinario en él se piensa cuando se quiere formular el diagnóstico etiológico del síntoma. Sin insistir sobre ello, mencionaremos los traumatismos directos de la pared epigástrica, las heridas, las contusiones, circunstancias todas que nada interesante ofrecen, porque la sencillez del mecanismo dispensa de todo esfuerzo de interpretación.

Lo mismo puede decirse de ciertas causas igualmente excepcionales, como la rotura de la aorta abdominal ateromatosa ó aneurismática, las embolias de las arterias mesentéricas, etc. Mucho más importantes son las hematemesis que se producen en el curso de la cirrosis del hígado y que habitualmente, pero no siempre, reconocen por origen inmediato la rotura de varices esofágicas consecutivas á la alteración de la glándula hepática. Esta es una causa frecuente de hematemesis, bien demostrada en los trabajos de estos últimos años. Nosotros mismos hemos tenido recientemente ocasión de observar un ejemplo notable en una de las clínicas del hospital de la Pitiè.

Tratábase de un hombre de 65 años, en el cual una dispepsia tenaz, acompañada de hematemesis y seguida de una verdadera caquexia, debían imponer, por decirlo así, el diagnóstico de cáncer del estómago. Este enfermo murió á consecuencia de repetidos vómitos de sangre y la autopsia demostró, en vez de la neoplasia cancerosa que se suponía, la existencia de una cirrosis hepática llegada á un grado avanzado.

Delante de hematemesis repetidas y abundantes deben tenerse muy presentes los casos de este género, siempre que para explicarlas no se imponga de una manera indiscutible el diagnóstico de cáncer ó de úlcera gástrica.

A este propósito recordaremos que la influencia del hígado en la producción de la hematemesis es más activa de lo que antes se admitía.

(1) *Soc. méd. des hóp.*, 1895.

Hanot, que ha estudiado minuciosamente la cuestión (1), distingue en lo que á ella se refiere, muchos grupos de casos. En el primer grupo, la hemorragia está en relación con la litiasis biliar, que interviene de muchas maneras: rotura de la arteria hepática á causa de la distensión que puede ejercer un cálculo grande y anguloso; congestión por obstáculo, si el cálculo no hace más que distender el conducto colédoco. Hay casos en que la hemorragia no se puede explicar más que por una irritación á distancia y una acción refleja de origen calculoso. Este último mecanismo no alcanzaría la misma gravedad que los otros dos. Hanot menciona además las hemorragias del período inicial de la esclerosis hepática, de lo que pudiera llamarse la precirrosis. En este último grupo de casos, la aparición de sangre en el vómito tendría gran valor semiológico, sería un precioso indicio revelador de la alteración progresiva del hígado.

Pero de todas las causas del fenómeno que estudiamos, las más importantes, cuando menos por orden de frecuencia, son las que radican en el estómago y en particular la úlcera y el cáncer. Sólo de una manera por todo extremo excepcional intervienen otras lesiones, que alguna vez se han podido inculpar, tales como las gastritis agudas,—entre las cuales han de figurar las gastritis tóxicas,—la hiperclorhidria, la congestión consecutiva á las quemaduras del tegumento externo (?); pero su misma rareza las hace casi despreciables.

Es cierto que Bouveret dice que la hematemesis se ve alguna vez, pero en forma muy discreta, en los casos de ulceración folicular de la gastritis crónica y en la hipersecreción permanente. El mismo autor reconoce también que puede sobrevenir como efecto de las inflamaciones agudas de la mucosa gástrica, tales como las producidas por la ingestión de ácidos concentrados ó de substancias irritantes (potasa cáustica). Pero en este caso se presenta más bien en forma de estrías sanguinolentas que en forma de hemorragia abundante.

Lo mismo ocurre en las gastritis crónicas, en las cuales el rezumamiento que se produce por las erosiones superficiales, no se exterioriza más que por algunas estrías de sangre. Unicamente Lépine y Bret habrían observado en un caso de este género una hematemesis mortal.

La hemorragia sería también una complicación frecuente de la hipersecreción permanente protopática, observándosela en cerca de la mitad de los casos, según Bouveret. Si este dato es exacto, convendría tenerlo presente en clínica, en donde siempre se tiende á achacar la hematemesis á una lesión de orden ulcerativo.

En suma, las alteraciones de esta última categoría son las que domi-

(1) HANOT.—*Archives génér. de méd.*, 1895.

nan en la patogenia de la hematemesis. En la gran mayoría de los casos, este fenómeno debe ser atribuído á la úlcera simple ó al cáncer del estómago. Es más, muy á menudo representa el primer signo revelador de la lesión, y constituye entonces un documento clínico de gran precio. En todo caso, él es el que informa al médico de la naturaleza especial de esta lesión, gracias á las circunstancias relativas á su modo de comenzar, su abundancia y la mayor ó menor brusquedad de su aparición. En general, un vómito de sangre copioso y brusco indica una efracción vascular, que interesa un ramo de calibre ya considerable. En este caso, la sangre no suele tener tiempo de sufrir la acción de los jugos digestivos, y entonces es arterializada, roja, espumosa. Al contrario, en las hematemesis lentas y progresivas, la sangre más bien es negruzca, pegajosa, espesa, grumosa, y recuerda con bastante exactitud, según una comparación clásica, al hollín diluído ó al poso de café. Es lo que Jaccoud llama hematemesis *pulverulenta*, para distinguirla de otra variedad que llama *líquida* ó en forma de cuajos negros. Esta última, según el autor que acabamos de citar, sería más propia de las llamadas hemorragias *suplementarias* y de las producidas por estancación, como en las cardiopatías. La hematemesis pulverulenta se vería más á menudo en el curso de los cánceres del estómago, y la hematemesis roja, arterializada, sería característica de la úlcera.

Esta apreciación, que en general es exacta, impone, sin embargo, algunas reservas. Según Brinton, la hematemesis del cáncer sería roja y abundante unas siete ú ocho veces por ciento. En cambio, el vómito negro, que se ha considerado como patognomónico de esta última lesión, se encontraría en ciertos casos de úlcera simple, de gastritis crónica antigua y de gastritis submucosa (1), y hasta á consecuencia de simples crisis tabéticas.

Una vez indicadas estas excepciones, estarán de acuerdo todos los autores en reconocer que los caracteres clínicos anteriormente descritos como propios de la fisonomía respectiva de la hematemesis en el cáncer y en la úlcera, las dos grandes causas del síntoma, son suficientemente exactos. Lo que no conocemos con certeza son las causas capaces de explicar la mayor ó menor frecuencia de la hemorragia según los individuos. En lo que se refiere al cáncer, sin duda influye algo la estructura histológica del neoplasma, y se comprende fácilmente que los tejidos que más fácilmente se ulceran darán lugar, en igualdad de circunstancias, á hemorragias más precoces y más repetidas. En cuanto á la úlcera, hay que tener en cuenta, sin duda, la influencia de la localización, su extensión y

(1) Véase *Manuel de Médecine*, 1895.

profundidad. En esta última lesión, pueden faltar por completo ó ser muy poco abundantes los vómitos de sangre. En cambio se ha descrito una forma hemorrágica de la úlcera gástrica, que da lugar á vómitos rojos ó negros, de escasa abundancia por lo común, pero que, por su frecuente repetición, acarrean una anemia progresiva y profunda. Es la forma escorbútica de Lebert. Todas estas consideraciones tienen aplicación á la práctica, de modo que ante una hematemesis roja, abundante, y con mayor razón si es fulminante, se pensará en la úlcera simple, diagnosticando como más probable un cáncer si la sangre vomitada es negra, espesa, como digerida. Claro está que la investigación y la crítica de los otros documentos clínicos, el examen de los antecedentes y los conmemorativos, proporcionarán argumentos que permitirán resolver el problema casi con seguridad.

Alberto Robin ha hecho fijar la atención en dos causas de hematemesis que deben tenerse presentes, por la importancia que podría tener su desconocimiento: la uremia y la estrangulación herniaria. La primera puede, en ciertas condiciones, confundirse con una afección estomacal y, por efecto de un tratamiento intempestivo, dar origen á pequeñas hematemesis. En cuanto á la estrangulación herniaria, cree Alberto Robin que puede producir una irritación gástrica refleja suficiente para determinar hemorragias. Si esta opinión es exacta, será conveniente examinar el estado de los anillos que suelen dar paso á las hernias, siempre que se observen hematemesis de sangre negruzca en un viejo de salud precaria. Sólo después de este examen deberá pensarse en el cáncer del estómago.

Los límites impuestos á este artículo no nos permiten insistir sobre estas consideraciones generales relativas á la etiología ó al valor semiológico de la hematemesis, y únicamente debemos recordar, como preliminar indispensable, que este accidente por sí solo tiene una gravedad muy relativa según los casos. Brusco y abundante, el vómito de sangre puede matar por agotamiento ó hasta por *asfixia* (Jaccoud), realizándose este último mecanismo cuando la sangre penetra en las vías aéreas por el orificio superior de la laringe. En este último caso, puede surgir alguna incertidumbre en el diagnóstico, dudándose un instante entre la hematemesis y la hemoptisis. Sin pasar de un grado menos intenso, suelen observarse fenómenos bastante marcados, tales como la debilidad y aceleración del pulso, la palidez de los tegumentos, la postración, etc., síntomas alarmantes algunas veces y que en parte dependen de la impresión moral, del sentimiento de terror que se apodera del enfermo. Todas estas particularidades son otras tantas indicaciones que el médico debe saber

aprovechar al elegir los medios capaces de hacer cesar un accidente que, de igual modo que la hemoptisis, casi siempre tiene seria significación.

II

Tratamiento

Como en todas las hemorragias viscerales, las indicaciones terapéuticas son de dos órdenes: por una parte, hay indicaciones de *urgencia*, que son las dictadas por la necesidad de poner término á un accidente de peligro inmediato, como que amenaza la existencia misma de los enfermos; por otro lado, hay que estudiar las indicaciones tardías, las que tienen por objeto remediar los efectos generales de la hemorragia gástrica, y sobre todo impedir su reaparición.

A. — INDICACIONES DE URGENCIA

A las primeras corresponde más especialmente el empleo de los medios peculiares de lo que llamaremos *hemostasia médica*, en oposición á la hemostasia quirúrgica, casi inaplicable en este caso particular. Entre aquellos medios figuran primeramente todas las precauciones usadas en semejantes casos, y ante todo hay que insistir en la necesidad de imponer al enfermo un *reposo* absoluto, completo, es decir, tanto moral como físico, y por consiguiente exigir que á su alrededor reinen el silencio y la calma, evitando el ruido, las idas y venidas, toda la agitación que la sorpresa y la perplejidad de los deudos ocasionan en torno suyo.

En caso de inminencia de síncope ó de síncope confirmado, accidente casi inevitable después de las hemorragias abundantes, se emplearán también los medios clásicos: *decúbito horizontal* con la cabeza baja y mantenida, si preciso es, en una posición declive; luego excitación, por los procedimientos ordinarios, de los campos periféricos capaces de despertar reflejos: *flagelación*, aspersión de la cara con *agua fría*, compresión ligera del hueco epigástrico. También pueden ser un precioso recurso y hasta un medio decisivo de salvación si el síncope se agrava, si se prolonga hasta el punto de revestir las apariencias de la muerte, las *tracciones rítmicas de la lengua*, cuya utilidad ha demostrado Laborde.

Entretanto y para remediar al schock resultante de la hemorragia, están indicadas las *inyecciones de cafeína* y aún mejor las de *éter*. Sólo después de haber procurado por estos medios acudir al colapso y á la ani-

quilación momentánea de los centros nerviosos, pensará el médico en la hemostasia propiamente dicha.

Entre los medios que suelen emplearse para realizarla, hay algunos que pueden utilizarse inmediatamente, porque no exigen la cooperación del enfermo: tales son, por ejemplo, la aplicación de *ventosas secas* sobre el pecho y el abdomen, ó la aplicación de una *vejiga de hielo* en el hueco epigástrico. La aplicación de la gran *ventosa de Junod* en los miembros inferiores, es un rápido y muy poderoso medio de hemostasia. Sin embargo, este medio es menos práctico que los anteriores, porque necesita el empleo de un aparato que no siempre se tiene á mano, y además favorece la aparición del estado sincopal, siempre inminente. Por consiguiente, su uso se reservará para los casos singularmente graves ó hasta desesperados.

Sólo un corto número de los medios hemostáticos propiamente tales parece tener aquí alguna utilidad. La ingestión reiterada de trocitos de *hielo* es un medio muy usado y seguramente racional, pero parece principalmente útil en los casos de hematemesis lenta ó escasa, como la de los cancerosos ó de algunos gastrópatas en los cuales se acentúa el predominio nervioso. Junto con las bebidas frías y sobre todo el champagne helado, es uno de los mejores medios de combatir el estado nauseoso que á menudo precede á la hematemesis, y los vómitos que son su consecuencia, así como de disminuir la intolerancia del estómago y las contracciones que esta intolerancia produce necesariamente.

Algunos autores recomiendan con el mismo objeto las *inyecciones hipodérmicas de morfina,* con ó sin administración al interior de preparados *opiados.* Esto sería un medio indirecto de detener la hemorragia, que realmente parece favorecida por los esfuerzos que el vómito necesita; pero la inyección de morfina produce algunas veces el estado nauseoso y el vómito, sobre todo en los sujetos no habituados. Por esto creemos mejor dar la preferencia á los preparados de opio al interior, por ejemplo, el *extracto tebaico,* que podrá darse en forma de píldoras de 2 centigramos de hora en hora, hasta que desaparezcan el estado nauseoso y los vómitos.

Alberto Robin aconseja prescribir 0gr.05 á 0gr,10 de extracto tebaico y luego cada dos horas una cucharada grande de esta poción:

Ergotina de Bonjean.	4 gramos
Acido agállico.	0 gr. 50
Extracto tebaico.	0 gr. 10
Jarabe de trementina.	30 gramos
Agua de tilo.	120 —

H. s. a. Poción.

Se continuará usando esta poción hasta que cese la hemorragia. En la hora intermedia, el enfermo tomará una cucharada grande de la siguiente solución:

Agua de Rabel.	3 gramos
Agua destilada.	1 litro

M. s. a.

En caso de vómitos excesivos, que haya necesidad de contener porque sostienen la hemorragia, pueden prescribirse VIII ó X gotas de la siguiente mezcla en un poco de agua:

Picrotoxina.		
Clorhidrato de morfina. . .	aa	0 gr. 05
Sulfato neutro de atropina.		0 gr. 001
Ergotina de Bonjean.		1 gramo
Agua destilada.		10 gramos
Alcohol.		c. s. para disolver.

M. s. a.

(Alberto Robin).

También es un medio recomendado y de fácil aplicación, en caso de que la hemorragia sea muy grave por su abundancia, la *ligadura* apretada de los cuatro miembros. No haremos más que recordar las *inyecciones subcutáneas de éter*, de *cafeína*, de *alcanfor*, destinadas á prevenir el peligro del síncope y el colapso cardíaco. Bouveret aconseja el empleo de repetidos *enemas* de agua templada, con un poco de alcohol en caso de que el pulso sea muy débil y el peligro inminente, pues entonces la vacuidad del sistema circulatorio, que es consecuencia de la hemorragia, facilita la absorción.

Ziemssen ha recomendado para casos tales la inyección hipodérmica de una solución templada de *cloruro de sodio* al 7,5 por 1,000. Bouveret da la preferencia á los enemas abundantes de agua templada, y sobre todo á las *inyecciones intravenosas de agua salada*. Cita, sin embargo, algunos casos en que este último método no dió resultado. La transfusión de la sangre completa, muy racional en teoría, tiene el defecto de ser de ejecución difícil y complicada. Ziemssen cree también preferible la inyección subcutánea, por cuya vía y en varias inyecciones ha podido introducir hasta 350 gramos de suero artificial. Pero su método es susceptible de una grave objeción, cual es la de que necesita la anestesia general, es decir, un estado que por sí solo constituye un serio peligro para un sujeto ya sincopado ó en continua inminencia de síncope. En la actualidad, las *inyecciones hipodérmicas de suero* se emplean diariamente en cirugía como medio de combatir los accidentes inmediatos que sobrevienen después de las hemorragias traumáticas ú operatorias. Es un método de

demostrada utilidad y de todo punto aplicable á las grandes hemorragias viscerales, tales como la hematemesis y la hemoptisis.

La mayor parte de los medicamentos *hemostáticos,* que casi todos pertenecen á la clase de los astringentes, desarrollan una acción escasa, insegura y á las veces problemática. El más usado de esta serie es el *percloruro de hierro,* que puede administrarse de diversas maneras:

1.° En forma de jarabe de percloruro de hierro del Códex, que contiene próximamente 30 centigramos cúbicos de percloruro de hierro líquido. Se le dan al enfermo de cuatro á cinco cucharadas grandes, separadas por un intervalo de una hora aproximadamente.

2.° En forma de poción hemostática, cuyas fórmulas son muy numerosas y cada médico puede variarlas según las circunstancias. Entre otras, proponemos ésta:

Percloruro de hierro.	4 gramos
Agua de Rabel.	2 á 5 —
Jarabe de opio.	30 —
Agua.	120 —

M. s. a. Para tomar á cucharadas.

(DUJARDIN-BEAUMETZ)

Otro método más sencillo consiste en prescribir la solución oficinal á gotas, en un poco de agua, repitiendo la dosis cierto número de veces.

Luego viene toda la serie de los astringentes: *alumbre, tanino, ácido agállico, ratania.* Estos diversos medicamentos, cuya acción se resume en un efecto vasoconstrictor y estíptico puramente local, es decir, que se reduce á la constricción de los vasitos de la mucosa gástrica con que se ponen en contacto, pueden prestar algunos servicios en los casos de hematemesis lenta ó escasa, producida por simples erosiones superficiales. Su acción es casi nula cuando se trata de una hemorragia procedente de la rotura de una rama algo voluminosa.

En este último caso, el médico está casi desarmado, lo mismo que en ciertas hemoptisis, variedad de hemorragia visceral que tiene con la hematemesis más de una semejanza. Hasta las preparaciones de *cornezuelo de centeno,* que la mayoría de los autores recomienda fiándose de la tradición, no tienen más que una acción teórica: el efecto vasoconstrictor del medicamento no encuentra aquí ocasión oportuna de lucirse de una manera evidente, como hace, por ejemplo, en las hemorragias uterinas. Si á pesar de todo se decide su empleo, puede elegirse entre varias fórmulas. Puede prescribirse el polvo de cornezuelo de centeno en forma de sellos, que se toman con cortos intervalos, ó en forma de poción. Dujardin-Beaumetz é Ivon proponen ésta:

Cornezuelo de centeno. . . . . 2 gramos

Infúndase en:

Agua hirviendo. . . . . 100 —

Añádase:

Jarabe de digital. . . . . 20 —
Jarabe de ratania. . . . . 30 —

H. s. a. Poción. Para tomar á cucharadas cada media hora.

También se puede asociar el cornezuelo de centeno con la digital y prescribir las siguientes píldoras:

Polvo de digital. . . . . 1 gramo
Polvo de cornezuelo de centeno. . . . . 4 —
Extracto de nogal. . . . . c. s.

Para 30 píldoras.

de las cuales se administrará una cada dos horas hasta que cese la hemorragia.

Estas son las fórmulas usuales, pero muchos médicos dan la preferencia á la *vía hipodérmica*, que permite una absorción máxima y mucho más rápida, ventaja capital cuando la hemorragia pone en peligro la vida del enfermo. Por otra parte, el estado nauseoso y la intolerancia del estómago imponen algunas veces al práctico la necesidad de recurrir á dicha vía. En este caso, puede elegirse entre las diversas preparaciones de *ergotina*, la de Bonjean, la de Ivon, etc., la *ergotinina* de Tanret, que algunos prefieren como más activa á menor dosis. Lo esencial es emplear estas inyecciones pronto, sin olvidar por esto los demás medios que pueden contribuir á la hemostasia.

Como se ve, el tratamiento de la hematemesis no difiere esencialmente del de las demás hemorragias viscerales. El reposo, la dieta, el hielo forman siempre su base. Casos hay que están por cima de los recursos del arte: entonces el enfermo sucumbe ante la brusquedad y la abundancia de la expoliación sanguínea, y la muerte puede sobrevenir aun antes de que el vómito característico venga á dar explicación de una muerte tan súbita. Estos casos pertenecen casi exclusivamente á la úlcera simple, porque sólo esta lesión es capaz de preparar y producir las roturas vasculares que son causa de estas hemorragias fulminantes. El tratamiento preventivo debe precisamente cuidar de impedir tales accidentes, porque quizás es más fácil prevenir la hematemesis que restañarla cuando ya ha ocurrido.

B.—TRATAMIENTO PREVENTIVO

En virtud del principio de que más vale prevenir que curar, principio tan cierto en medicina, éste es el verdadero tratamiento de la hematemesis. Sólo que, en este orden de ideas, la intervención supone necesariamente un diagnóstico exacto, un conocimiento preciso de la lesión que engendra la hematemesis. Si se ha reconocido la existencia de una úlcera del estómago ó del duodeno, se impone el *régimen lácteo*, absoluto, exclusivo. durante semanas y aun meses, hasta que desaparezcan los síntomas propios de la enfermedad. Conviene asociarle la acción de los *alcalinos* cuando haya razones para creer que la hiperacidez de los líquidos gástricos desempeña un papel activo en la formación de la úlcera ó contribuye á sostenerla. En algunos casos, no es suficiente el uso exclusivo de la leche, y las hematemesis se reproducen á pesar de todo con enojosa frecuencia. Para estos casos excepcionales, se ha recomendado *interrumpir toda alimentación por la boca*. Esto sería un medio de asegurar el reposo funcional del órgano, considerado por algunos patólogos como indispensable para la curación de lesiones tales como la úlcera simple, que se agravan por el ejercicio de la función. Bouveret en particular insiste sobre este punto, y recomienda que se evite cuanto sea posible toda ingestión cuando menos durante ocho días á partir del momento de la hematemesis, porque la presencia de alimentos provoca las contracciones del estómago é impide la hemostasia. Hasta recomienda el uso de las inyecciones de *morfina* como medio de asegurar esta inmovilidad del estómago, á la cual concede gran valor. Como la dieta prolongada es casi imposible, sustituye la alimentación bucal por el empleo de los *enemas nutritivos*, y aconseja esta vía de absorción hasta para las bebidas, que son indispensables para calmar la imperiosa sed de los enfermos.

Esta cuestión de los enemas nutritivos, suscita la de la absorción por el recto, ya tan discutida y sucesivamente negada y afirmada, sin que todavía conozcamos la verdad absoluta en lo que á esto se refiere. Recordaremos á este propósito la opinión de Singer, de Viena, que ha estudiado minuciosamente este punto de la terapéutica. En contra de la opinión común, opina Singer que la mucosa rectal está dotada de un verdadero poder de absorción respecto de las substancias nutritivas que se introducen en el recto en forma de enemas, y admite que puede suplir á la función gástrica durante cierto tiempo. Este sería, en su sentir, un recurso precioso para combatir la úlcera y prevenir indirectamente las hematemesis, que,

por este medio, quedarían completamente suprimidas. Conforme con esta manera de ver, Singer, en su clínica del Hospital general de Viena, ha instituído de la manera siguiente el tratamiento de la úlcera con hematemesis:

1.° Reposo absoluto y prolongado en la cama. Esta es una de las condiciones indispensables del éxito.

2.° Aplicaciones sobre el epigastrio de una vejiga de hielo ó de cataplasmas calientes para calmar el dolor.

3.° Alimentación rectal exclusiva de cuatro á ocho días.

La fórmula de enema que Singer recomienda con este objeto es la de Boas:

Leche.	aa. .	125 gramos
Vino tinto.		
Yema de huevo.		N.° 2
Peptona seca.		Una cucharada de café

Para un enema. Añádase una pulgarada de sal ó un trocito de azúcar de uva.

Se administran dos ó tres enemas de estos cada día, con intervalos de cuatro ó cinco horas, tomando las precauciones necesarias para desocupar previamente el recto de las materias que pueda contener, y si es preciso, se echa mano de los *opiados* (enemas laudanizados) para asegurar la tolerancia. Al mismo tiempo se pueden administrar por la vía estomacal algunas píldoras de extracto tebaico, ó algunas cucharadas de agua pura (200 gramos al día) para calmar la sensación de sed, que suele ser muy intensa en los enfermos tratados de esta manera.

Tal es la práctica habitual del médico vienés, que afirma haber conseguido, gracias á ella, cohibir hematemesis abundantes y no haber visto la recidiva más que en enfermos que clandestinamente tomaban alimentos. El razonamiento que le ha guiado es indiscutiblemente lógico, y hay motivo para ensayar su método en los numerosos casos en que la presencia frecuente de sangre en los vómitos indica una lesión ulcerativa en plena actividad. Convendría reservar su empleo para combatir esta especie de *cretismo hemorrágico*, manantial permanente de peligros. Como quiera que sea, no debe olvidarse que el enema nutritivo constituye un medio muy precario de alimentación, cuando menos insuficiente, según confiesan sus mismos partidarios, de modo que su consecuencia rápida es la inanición, siquiera sea una inanición relativa, y ésta es una consideración que debe tenerse en cuenta para sumarla con todas las que ya resultan de la misma enfermedad.

Alberto Robin insiste asimismo en la importancia que tiene el tratamiento preventivo de la hematemesis. En primer lugar, es raro que ésta,

que es sinónima de ulceración, sobrevenga sin que la haya precedido un período de hiperestenia gástrica; de modo que lo primero que debe hacer el médico es tratar esta hiperestenia. Si la úlcera está ya constituída, debe suspenderse toda alimentación, reemplazándola por el uso de la *leche*, que, además de sus cualidades nutritivas, es terapéuticamente útil, porque satura los ácidos y ejerce una acción sedante sobre la secreción clorhídrica.

El mismo autor rechaza el *lavado del estómago*, que predispone á la hemorragia y admite la utilidad del *bismuto* asociado al régimen lácteo absoluto. Propone el empleo de las siguientes papeletas, que tienen la ventaja de obrar á la vez sobre la úlcera, la hiperacidez y el dolor:

Magnesia		1 gr. 5
Subnitrato de bismuto Bicarbonato de sosa	aa.	1 gramo
Polvo de opio		0 gr. 05
Lactosa		0 gr. 50

Para una papeleta. Dos al día, en una vez, en un poco de agua.

Puede formularse como regla general la necesidad de no olvidar que la curación de algunas lesiones generatrices de hematemesis—úlcera simple del estómago, úlcera del esófago, úlcera del duodeno,—suele ser muy lenta, que exige meses y aun años. Además, la mayoría de las veces es bastante difícil conocer con exactitud el momento en que queda realizada la cicatrización definitiva. Por consiguiente, es preciso estar prevenido en contra de todo lo que sea capaz de dificultar ó entorpecer el trabajo de cicatrización y en particular del lavado, que viene á ser un traumatismo.

Poca cosa hay que decir acerca de las hematemesis del cáncer y las de la cirrosis. En estos casos, el tratamiento preventivo, representado sobre todo por el reposo funcional y el régimen lácteo, no tiene ni con mucho la importancia que ofrece cuando se trata de la úlcera simple, porque se dirige contra lesiones casi incurables por naturaleza, condenadas á una evolución progresiva y fatal, que el médico no pueda detener. El régimen dietético tiene, sin embargo, cierta utilidad, y el uso de la leche, que suprime la mayor parte de las causas de irritación, puede retardar la ulceración de la neoplasia en un caso, la rotura de las venas esofágicas en el otro.

Igualmente seremos breves en lo que concierne á las llamadas hematemesis *suplementarias* y hematemesis *nerviosas*. En primer lugar, se trata de hechos muy discutidos y acerca de los cuales andan todavía muy divididas las opiniones de los médicos. En segundo lugar, éstas suelen ser

hemorragias poco abundantes y como tales de mínima gravedad. En el caso de una hemorragia suplementaria, la única indicación racional sería la de provocar el flujo menstrual suprimido ó desviado, y este resultado puede, en rigor, alcanzarse merced al tratamiento general, combinado con el empleo de los *emenagogos*. Las hematemesis de origen nervioso, apenas si motivan la intervención. Verosímilmente son resultado de trastornos vasomotores que ocasionan fluxiones sanguíneas pasajeras, y su pronóstico nunca es grave. Se combatirán sobre todo por medio de la *hidroterapia* y de todos los agentes capaces de modificar la modalidad perturbada del sistema nervioso.

C. — TRATAMIENTO CONSECUTIVO

Por último, no debemos olvidar que el enfermo curado de su hematemesis suele quedarse profundamente anémico y debilitado. Esta anemia es difícil de combatir á causa de las contraindicaciones que resultan de la afección causal; es preciso recurrir á los agentes medicamentosos.

El *hierro* encuentra aquí naturales indicaciones, pero la mayor parte de los preparados marciales tienen una acción congestiva, que resulta muy inoportuna en estos casos. Alberto Robin preconiza preferentemente el *percloruro de hierro*, que es á la vez hemostático y ferruginoso, y puede administrarse á gotas, en forma de licor ó en píldoras. El uso de este medicamento no debe prolongarse más de ocho días, pues es irritante para la mucosa gástrica. Entonces se le puede reemplazar por el *protocloruro* de hierro, asociándolo á la *quina* y al *ruibarbo*, como en esta fórmula:

Protocloruro de hierro.	aa. . . .	0 gr. 10
Extracto blando de quina.		
Polvo de ruibarbo		0 gr. 05

Para una píldora. Una píldora en cada una de las principales comidas, ó sea dos al día.

CAPÍTULO XXIII

TRATAMIENTO DEL VÓMITO

POR

G. ETIENNE

Profesor agregado de la Facultad de Nancy

TRADUCCIÓN DE JOSÉ GÓNGORA

I

Patogenia y fisiología

El vómito es un síntoma. Desde el punto de vista terapéutico, su estudio es muy complejo por ser extraordinaria la multiplicidad de los remedios propuestos.

Para intentar clasificarlos metódicamente, vamos á recordar de modo somero la fisiología del vómito, é indicar, con este apoyo, el tratamiento general; luego, analizando la etiología, veremos la medicación que debe emplearse en los casos particulares, insistiendo en algunos de mayor interés y resumiendo rápidamente los otros. Para terminar, tendremos que decir algunas palabras acerca del tratamiento de los vómitos según su naturaleza.

Clínicamente, el vómito se caracteriza por una serie de movimientos espasmódicos de deglución, que introducen aire en el estómago y van seguidos de una inspiración profunda; tras ésta viene una expiración forzada, durante la cual se realiza la expulsión del contenido estomacal, estos actos mecánicos van acompañados de fenómenos reflejos generales: ansiedad, sensación de desfallecimiento, vértigos, obnubilaciones, palidez del rostro, sudores viscosos, etc.

Durante largo tiempo se atribuyó el vómito únicamente á las contracciones del estómago. Una serie de investigaciones fisiológicas han demostrado, en contra de esta opinión, que el papel de este órgano es

secundario, pues su supresión no impide el vómito. Efectivamente, Magendie después de haber ligado, en un perro, los vasos del estómago, ha extirpado esta víscera, la ha reemplazado por una vejiga llena de agua y adaptada á la parte inferior del esófago, ha cerrado la herida, y después de inyectar tártaro emético en las venas, ha visto evacuarse por la boca el contenido de este estómago artificial.

Si después de haber provocado los vómitos se pone al descubierto el estómago en el animal vivo, los vómitos cesan.

De estos dos experimentos debe deducirse que el principal agente del vómito es la *presión abdominal*, que comprime el estómago y lo vacía por expresión. La sección del nervio frénico, que ocasiona la parálisis del diafragma, no impide el vómito, porque siguen obrando los músculos abdominales, y recíprocamente, la sección de los músculos abdominales permite que se produzca este acto por respetar la acción del diafragma.

De suerte que la presión abdominal puede realizarse por cada uno de estos aparatos musculares aisladamente ó por su acción combinada.

Pero el aumento de la presión intraabdominal no basta para provocar el vómito, porque si bastara, se produciría el vómito á cada esfuerzo. Se necesita, además, como demuestran con toda evidencia los trazados recogidos por Arnozan y Franck, que *disminuya la presión intratorácica*. Fácilmente se comprende que esto ocurra, al mismo tiempo que se produce el aumento de presión intraabdominal, cuando se contraen los músculos inspiradores, diafragma y músculos abdominales, estando cerrada la glotis.

Mientras estos fenómenos ocurren, el estómago no permanece totalmente pasivo por su parte. Sus contracciones vermiculares lentas contribuyen á la oclusión del orificio pilórico; de parte del cardias, dilatan activamente el orificio las fibras lisas longitudinales, de suerte que su desorganización hace casi imposible el vómito (Schiff). Si se suprime la inervación de estas fibras seccionando los pneumogástricos, el vómito es muy difícil y muy irregular, no hay sinergia entre la dilatación del cardias y las contracciones de los músculos abdominales, y la expulsión no se realiza hasta que ocurre la coincidencia fortuita entre los dos fenómenos. Añadiremos que el vómito es sumamente fácil en el niño, cuyo estómago está casi en línea recta con el esófago.

Por último, también entra en juego el esófago; antes del vómito, las contracciones determinan repetidos movimientos de deglución, que introducen aire en el estómago, aumentan la presión intraestomacal y proporcionan el punto de apoyo necesario á la acción de la prensa abdominal.— Además, durante los vómitos, las contracciones enérgicas de las fibras

estriadas longitudinales del esófago facilitan la progresión de las materias vomitadas, acortando y dilatando el conducto. Al mismo tiempo, la laringe es arrastrada hacia adelante y obturada por la epiglotis, mientras la lengua se baja, el istmo de las fauces se dilata, el velo del paladar se levanta para tapar las fosas nasales y la boca se abre ampliamente.

En una palabra, para determinar el vómito, son condiciones esenciales la hipertensión abdominal, la hipotensión torácica, y accesoriamente la abertura del cardias y los movimientos sinérgicos del tubo digestivo anterior. Para asegurar la unidad de acción de este conjunto de fenómenos, existe un centro de inervación, localizado, según opinión unánime de los fisiólogos, en el bulbo, muy cerca del centro respiratorio.

Tales son los factores con los cuales tendrá que contar la terapéutica, por más que algunos procedimientos por ella proporcionados puedan parecer paradójicos.

II

Tratamiento general del vómito

Contra el vómito se ha ensayado todo, y todo ha ido bien y todo ha fracasado. Es imposible relatar aquí todas las fórmulas que se han preconizado. Nos contentaremos con indicar las principales.

Se puede influir: 1.° sobre el sistema nervioso central; 2.° sobre el nervio vago: *a)* sobre su departamento estomacal; *b)* sobre otro departamento.

A. — ACCIÓN SOBRE EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL

Al influir sobre el sistema nervioso central, se intenta disminuir la irritabilidad del centro bulbar. Los sedantes del sistema nervioso han dado muchas veces buenos resultados.

Bromuro de sodio.	10 gramos
Agua destilada..	150 —

Disuélvase. Tres cucharadas grandes en las veinticuatro horas, preferentemente en medio de las comidas. Una cucharada grande = 1 gramo de bromuro.

Pueden también emplearse los *bromuros de potasio, amonio, estroncio, calcio;* la *tintura etérea de valeriana* (á la dosis de X gotas en un terrón de azúcar).

Friedreich emplea el *valerianato de cerio:*

Valerianato de cerio.	0 gr. 50
Polvo de valeriana.	c. s.
Miel..	

H. s. a. 10 píldoras. De una á tres al día.

Pueden asociarse la valeriana y los bromuros:

Bromuro de amonio..	aa.. .	10 gramos
Bromuro de estroncio.		
Valerianato amónico.	1	—
Jarabe de menta.	30	—
Agua de tilo..	120	—

H. s. a. Poción. Dos ó tres cucharadas grandes. Una cucharada contiene 2 gramos de bromuro y 0 gr. 10 de valerianato.

La *morfina* y la *atropina*, administradas en inyecciones subcutáneas, podrán dar excelentes resultados, sobre todo cuando los mismos vómitos se oponen á toda inyección medicamentosa:

Sulfato neutro de atropina..	0 gr. 01
Clorhidrato de morfina.	0 gr. 10
Agua hervida.	20 gramos

Disuélvase.

Cada jeringa de Pravaz contiene medio centigramo de clorhidrato de morfina y medio miligramo de sulfato neutro de atropina.

Pero Lescarret ha hecho notar con razón que es preciso vigilar bien la solución que se use y servirse de soluciones recientes, á fin de evitar la mezcla de *apomorfina*, que provocaría el vómito que precisamente se quiere impedir.

B. — ACCIÓN LOCAL SOBRE EL PNEUMOGÁSTRICO EN SU ZONA ESTOMACAL

Se comprenderá sobre todo la importancia de esta medicación cuando, haciendo lo posible para ajustar la terapéutica á los datos etiológicos, veremos que el punto de partida del reflejo está muchas veces en el mismo estómago. Por lo tanto, es muy natural que se procure anestesiar los filetes gástricos del vago.

1.° Acción directa

Para este objeto, ha dado buenos resultados la *cocaína*, asociada ó no á la *antipirina:*

Hidroclorato de cocaína..	0 gr. 10
Antipirina.	1 gramo
Agua destilada.	50 gramos
Jarabe de azahar.	90 —

H. s. a. Poción. A cucharadas de café, cada media hora y luego cada hora.

También es útil la *morfina:*

Clorhidrato de morfina.	0 gr. 10
Agua destilada de laurel-cerezo.	10 gramos

Disuélvase. X gotas en un terrón de azúcar, cuatro ó cinco veces al día. X gotas contienen medio centigramo.

Randolph ha indicado la siguiente fórmula:

Sulfato de morfina.	0 gr. 06
Creosota de haya.	X gotas
Acido acético.	XX gotas
Agua.	30 gramos

M. s. a. Dos ó tres cucharadas de café cada media hora.

Fonssagrives prefiere el empleo de la *belladona* y del *beleño* al de los opiados. Guéneau de Mussy daba después de la comida una ó dos de estas píldoras:

Extracto de belladona.	0 gr. 25
Extracto de quina.	2 gramos

Para 20 píldoras.

De la misma manera pueden darse el *acónito* y la *aconitina* (Lescarret).

El *agua clorofórmica* suele dar buen resultado; según Lasègue, es uno de los calmantes mejor aceptados:

Agua saturada de cloroformo.	100 gramos

Una cucharada de café cada hora en un poco de agua azucarada.

La *tintura de yodo* se administra á la dosis de V gotas en un poco de agua azucarada cada media hora hasta dar en total XV gotas.

Estos dos medicamentos se asocian perfectamente.

El *éter* es de uso muy corriente.

Jarabe de éter.	40 gramos
Agua de azahar.	10 —
Agua de tilo.	100 —

H. s. a. Poción. A cucharadas grandes.

El *mentol* ha dado buenos resultados, pero es irritante para el estómago y no puede prolongarse su empleo:

Mentol.	1 gramo
Alcohol.	20 —
Jarabe de azúcar.	50 —

M. s. a. Una cucharada de café cada hora.

El *alcohol* en pequeña cantidad después de la comida, ha sido recomendado por Tripier; la *creosota* por Jaccoud.

Por último, prestarán frecuentes y útiles servicios las *bebidas hela-*

das, tomándolas á cucharaditas, y el hielo dividido en pequeños fragmentos por medio de un alfiler de acero.

Hablaré también en esta sección de un medicamento cuyo empleo puede parecer una paradoja: la *poción de Riverio*. Estudiando la fisiología, hemos visto que la deglución de aire, aumentando la presión interestomacal y dando punto de apoyo á la prensa abdominal, facilita los vómitos. A pesar de lo cual la poción de Riverio tiende á impedir los vómitos y algunas veces lo consigue, provocando artificialmente estos fenómenos.

Poción n.° 1.	Bicarbonato de potasa.	2 gramos
	Agua destilada.	50 —
	Jarabe simple..	15 —
Poción n.° 2.	Acido cítrico.	2 —
	Agua destilada.	50 —
	Jarabe simple..	15 —

Para tomar sucesivamente una cucharada de café de cada una de las dos pociones, seguidas una tras otra, empezando por la poción n.° 1.

2.° Acción indirecta

Puede influirse sobre el reflejo que parte del estómago produciendo en el epigastrio una especie de contra-reflejo cutáneo.

A.—*Pulverización de éter* ó de *cloroformo*, de tres á cinco minutos de duración, sobre la región epigástrica y la parte correspondiente del raquis, por medio del aparato de Richardson; todavía puede acelerarse la evaporación y diseminar el chorro de éter, recibiéndolo en una delgada lámina de algodón colocada sobre la piel.

B.—*Stypage* con *cloruro de etilo:* se pulveriza el cloruro de etilo sobre torundas de algodón, que inmediatamente se aplican durante algunos instantes sobre la región epigástrica.

C.—Acción local sobre el pneumogástrico en un territorio distinto de la región estomacal

1.° *Narcotización del vago* obrando sobre sus filetes faríngeos.

Bromuro de potasio..	aa. . .	20 gramos
Agua destilada.		

Disuélvase.

Para embrocaciones en la faringe antes de la comida de la mañana y de la noche.

(Woillez).

Clorhidrato de cocaína.	1 gramo
Agua destilada.	20 gramos

Disuélvase.

Para hacer embrocaciones en la faringe después de las comidas (Lescarret, Ory).

Debove y Dujardin-Beaumetz habían observado que, practicando la sobrealimentación por medio de la sonda, el paso repetido de la sonda hacía desaparecer los vómitos. Marfan cree que el paso de la sonda, comprimiendo los filetes faringo-esofágicos del pneumogástrico, acaba por embotar su sensibilidad, y luego este adormecimiento de la sensibilidad repercute sobre todo el vago.

2.° *Faradización y galvanización del pneumogástrico.*—Bonnefin pretende que siempre pueden pararse los vómitos por estos procedimientos; la faradización será, según él, inofensiva siempre, pero la galvanización podría acarrear graves accidentes. Para practicar la faradización, se coloca alternativamente uno de los polos á nivel del triángulo del escaleno derecho y en el hueco epigástrico, y durante algunos minutos se hace pasar una corriente moderada.

3.° *Acción sobre el departamento respiratorio del vago.*—Cuando es la hiperexcitabilidad de la mucosa laringo-bronquial la causa principal del vómito, como ocurre en la tos, G. Habershon (de Londres) obtiene, según afirma, excelentes resultados, con el uso de las inhalaciones de la siguiente mezcla:

Esencia de eucaliptus.	8 gramos
Tintura de benjuí compuesta.	12 —
Mentol ó timol.	4 —
Alcohol clorofórmico al 10 por 100.	6 —

M. s. a. Se coloca en una mascarilla oro-nasal un poco de algodón empapado con X gotas de esta mezcla.

D.—DIETÉTICA

El régimen podrá desempeñar un gran papel en el tratamiento del vómito. No puedo hacer más que indicarlo someramente á grandes rasgos.

La primera obligación es la de prohibir todo lo que puede irritar la mucosa del tubo intestinal: condimentos, vinagre, bebidas ácidas, y no dar más que alimentos de fácil digestión: leche, caldo desengrasado en frío, calentado y tamizado por un lienzo mojado, etc.; las bebidas heladas (leche y caldo), el champagne helado, que suelen ser bien soportados.—Si la intolerancia gástrica es extremada, se recurrirá desde luego á los enemas nutritivos, compuestos de yemas de huevos diluídas en 200 centímetros cúbicos de leche, adicionados de peptonas y administrados algunos minutos después de haber dado una lavativa pequeña laudanizada, introducida con una pera de goma y precedida á su vez por un enema de agua templada destinada á desocupar el recto.

III

Tratamiento de los vómitos fundado en la etiología

El vómito sobreviene cuando el centro bulbar ha experimentado una excitación directa, refleja ó psíquica.

A. — VÓMITOS POR ACCIÓN DIRECTA

Esta acción directa puede ser provocada por ciertos venenos que llegan al centro bulbar por intermedio de la circulación; el éter, el cloroformo, el óxido de carbono, la apomorfina, las toxinas de la uremia. En estos casos, no podrán usarse más que los calmantes, *morfina, dieta* y *bebidas heladas.*

También es fácil comprender que la presencia de un tumor puede ser causa determinante del vómito.

Lo más frecuente es que el centro se resienta por una especie de repercusión de vecindad. En efecto, el vómito es, junto con la cefalea, los vértigos y el estreñimiento de vientre, uno de los síntomas más constantes de las afecciones intracranianas, cerebrales, cerebelosas, bulboprotuberanciales, meníngeas, cuyo tratamiento no debemos estudiar en este sitio; diremos, sin embargo, que, en gran número de casos, el médico no debe perder de vista la posibilidad de una localización sifilítica, lo cual le servirá para dirigir en este sentido una terapéutica enérgica.

En este mismo orden de ideas, es bien conocida la frecuencia de los vómitos en la tabes; constituyen el elemento esencial en algunas formas de crisis gástricas.

B. — VÓMITOS POR ACCIÓN REFLEJA

Estos son los casos más frecuentes. El punto de partida de este reflejo puede radicar en los órganos más diversos.

1.° En el mismo estómago

A. — El caso más sencillo es la indigestión; se han introducido los alimentos en cantidad demasiado abundante para ser tolerados y se produce el *empacho gástrico simple* ó *indigestión.* En este caso, la expul-

sión de los alimentos ingeridos es un acto útil; únicamente se intervendrá si los vómitos son muy repetidos, cosa excepcional.

B.—En otros casos, no es la gran cantidad de alimentos ingeridos la que provoca la irritación de la mucosa, sino la fermentación anormal de los mismos. Es lo que ocurre:

1.° En la *dispepsia con vómitos.* El tratamiento de los vómitos será ante todo el de la dispepsia, reemplazando toda alimentación por el champagne ó la leche helados; podrá recurrirse al *agua clorofórmica*, al *jarabe de morfina*. Pero, en estas circunstancias, prestaría grandes servicios el *lavado del estómago,* evacuando los residuos de la digestión. Se practicará con una infusión aromática caliente ó con agua de *Vichy* templada. En seguida podrán introducirse por la sonda de 100 á 400 gramos de polvo de carne diluído con jarabe de ponche en una cantidad de leche suficiente para que la mezcla resulte bien líquida.

El profesor Grasset advierte que, para asegurar la alimentación, suele ser suficiente introducir la sonda en el esófago sin penetrar en el estómago.

2.° En la *estenosis pilórica,* á la cual es aplicable el mismo tratamiento; pero si se trata de una lesión de origen canceroso, el lavado del estómago puede ofrecer grandes peligros.

C. — La sensibilidad gástrica entra en juego por la influencia de *tóxicos irritantes* que llegan á ponerse en contacto con la mucosa, bien por las vías digestivas superiores (alcohol, ácidos, ipecacuana), bien por la circulación sanguínea, y son eliminados por la mucosa gástrica: la ipeca, la emetina hacen vomitar cuando se introducen en la sangre, si los pneumogástricos están intactos; se ha querido explicar el vómito urémico por la eliminación de la urea en el estómago y su transformación en carbonato amónico en el interior de esta víscera. Probablemente hay que atribuir también á una causa análoga los vómitos de la *jaqueca.*

En todos estos casos, se respetará el vómito, que elimina el veneno, á no ser que por las sacudidas que impone al sistema nervioso, amenace convertirse en causa de agotamiento.

D. — Existen *lesiones profundas* de la mucosa gástrica, neoplasmas ó úlcera redonda. En estos casos, la indicación será calmar la irritación de la mucosa enferma: *morfina, cocaína, agua clorofórmica, jarabe de éter, hielo* y *bebidas heladas*, tales son los medios que podrán emplearse.

2.° Fuera del estómago

A.—Casi todas las AFECCIONES ABDOMINALES pueden provocar la aparición de los vómitos.

Lesiones del intestino: estrangulación, obstrucción, infecciones coleriformes, ascárides, etc.

Afecciones de los principales conductos excretores: los vómitos de los cólicos hepático y nefrítico.

Afecciones del peritoneo: el vómito es á las veces uno de los primeros síntomas de la peritonitis.

Neuritis ó neuralgias de los plexos intraabdominales (tabes) y sobre todo del plexo solar (enfermedad de Addison).

Afecciones uterinas y parauterinas: «Los nervios del estómago tienen inteligencia y tráfico con los del útero,» ha escrito alguien; y como la inervación uterina es muy rica (plexo del hocico de tenca, plexo cervical, grupo ascendente emanado del plexo hipogástrico) se comprende que sean muy frecuentes los vómitos cuando están lesionados los órganos genitales de la mujer (metritis, salpingitis, desviaciones y flexiones).

Podremos echar mano del *hielo,* de las bebidas frías, de los *calmantes;* pero la medicación de los vómitos será principalmente la de la causa que los determine, en todos estos casos en que no representan más que un síntoma, mirado muchas veces como cosa de escasa importancia.

B.— No ocurre lo mismo con los VÓMITOS DEL EMBARAZO, provocados por la congestión uterina, ayudada por las relaciones nerviosas. Efectivamente, estos casos representan el tipo de los vómitos incoercibles, y estos vómitos constituyen el rasgo dominante del cuadro clínico; crean, además, una de las situaciones más difíciles en que puede encontrarse el práctico.

Recordaremos primeramente que, según P. Dubois, la escena morbosa pasa por tres fases, cuyo conocimiento es de capital importancia desde el punto de vista del tratamiento:

Desde el momento en que los vómitos se hacen exagerados, hasta que la temperatura empieza á subir por la noche;

La fiebre se hace continua;

Á esta fiebre continua se añaden fenómenos nerviosos, alucinaciones, cefalea. En esta fase, *pueden cesar los vómitos;* pero pronto la mujer queda sumida en el coma y muere de inanición. Durante este tiempo, el feto ha continuado desarrollándose normalmente; *sin embargo, algunas veces es expulsado y esto proporciona una mejoría.*

La terapéutica de los vómitos incoercibles del embarazo comprende:

1.° un tratamiento higiénico; 2.° un tratamiento médico; 3.° un tratamiento obstétrico.

1.° *Tratamiento higiénico.* — a) *Supresión de la fatiga.* Cuando los vómitos se hacen frecuentes, debe impedirse todo ejercicio violento y sobre todo prohibir el coche; cuando los vómitos llegan á ser incoercibles, debe imponerse el reposo en la cama, que, suprimiendo la excitación del cuello de la matriz, disminuye el reflejo uterino.

b) *El régimen.* Siguiendo los consejos de Guéniot, podrá empezarse por poner á la enferma á dieta absoluta; después de este reposo se hará tomar con mucha prudencia champagne helado y luego se podrá volver lentamente á los alimentos más ligeros.

2.° *Tratamiento médico.*— Es muy complejo:

a) Ante todo rechazamos inmediatamente la *sangría,* indicada por Mauriceau, porque la mujer embarazada presenta una disminución de los glóbulos rojos, y quizás los vómitos gravídicos son muchas veces vómitos anémicos, análogos á los de la clorosis. Claro está que, para rechazar la sangría, hay que tener la seguridad de que los vómitos no son de origen urémico.

b) Advirtamos también desde ahora que, en estos casos, el empleo de los *antiespasmódicos* es inútil las más de las veces.

c) Los *purgantes*, los *vomitivos* parece que han ido bien en algunos casos, pero su empleo es muy escabroso.

d) Se podrá recurrir á la mayor parte de los otros medicamentos que ya quedan indicados; los narcóticos especialmente prestarán algunas veces grandes servicios, administrados cinco ó seis veces al día, antes de las comidas, en forma de solución de *morfina* ó de *píldoras recientes de extracto tebaico,* de 0gr,01.

e) Pero contra los vómitos del embarazo se han recomendado con especial preferencia algunos medicamentos.

Tanino.	2 gramos
Conserva de rosas.	c. s.

Para 20 píldoras. Dos al día.

Las *inhalaciones de oxígeno* (10 á 15 litros durante tres días), que tienden sobre todo á levantar el organismo en general.

La *nitroglicerina,* bien en forma de solución:

Solución alcohólica de trinitrina al 1 por 100. .	XX gotas
Agua.	200 gramos

M. s. a. A cucharadas regulares.

bien en forma de cápsulas que contengan 1/6 de miligramo mezclado con 0gr,20 de aceite de olivas (4 ó 5 cápsulas al día).

Talma (de Utrecht) ha obtenido excelentes resultados combatiendo de este modo la anemia cerebral.

Se podrán aplicar *vejigas de hielo* en la región lumbar (Bailly) y practicar la *faradización* del nervio pneumogástrico, reputada recientemente por Bonnefin como el mejor tratamiento de los vómitos incoercibles.

3.° *Tratamiento obstétrico.*—Este tratamiento puede empezar por medios sencillos: aplicación de sanguijuelas en el cuello uterino; envoltura del cuello en algodón (Tarnier). Pero si estos medios no dan pronto resultado, será prudente no entretenerse en ellos mucho tiempo.

Coleman ha propuesto la dilatación lenta del cuello con el dedo, maniobra peligrosa.

Siempre deben ensayarse el tratamiento higiénico, el tratamiento médico y el tratamiento obstétrico anodino, asociándolos muchas veces; pero no hay que hacerse ilusiones sobre su eficacia. A menudo nos encontraremos en la necesidad de recurrir al parto prematuro, algunas veces al aborto. Más atrás hemos dicho que cuando el embarazo se interrumpe espontáneamente, se observa una mejoría; es más, se ha visto esta mejoría después de la muerte del feto, aunque no sea expulsado.

La estadística de Pinard demuestra elocuentemente la importancia de la intervención: entre 200 casos de vómitos incoercibles, ha visto 80 de muerte y 120 curaciones, de las cuales una tercera parte se lograron después del aborto espontáneo, otra tercera parte después del aborto provocado y sólo una tercera parte fueron espontáneas ó atribuibles al tratamiento médico; en los 80 casos de muerte, ó no se había producido el aborto ó había sido demasiado tardío.

De manera que siempre que los vómitos se resisten á todo, surge la indicación del aborto provocado. Pero no se reduce todo á provocar el aborto, *es preciso que la intervención se haga en tiempo oportuno,* es decir, *al final del segundo período, cuando la temperatura tiende á hacerse continua, el aliento es fétido y aparece el estado famélico de la enferma.* Pasado este plazo, al empezar el período de los trastornos cerebrales, *será demasiado tarde,* y no se debe caer en el error de fiarse de la desaparición de los vómitos y de la aparente mejoría con que comienza este tercer período.

Por consiguiente, *cualquiera que sea el número de vómitos,* el termómetro será el que guiará para determinar el momento indicado; á consecuencia de vómitos poco numerosos, pueden sobrevenir accidentes desgraciados, si la mujer digiere, pero asimila mal.

Inútil es recordar que el médico deberá tomar las mayores precau-

ciones para cubrir su responsabilidad moral, y no provocará el aborto sino después de una consulta.

C. — En muchas AFECCIONES DEL APARATO RESPIRATORIO, los vómitos constituyen un síntoma importante. Muchas veces marcan el comienzo de la pulmonía; son mucho más importantes en la coqueluche, pero sobre todo llegan á ser graves en la tuberculosis; Marfan ha demostrado que, en los comienzos de la tisis, el vómito es, por lo general, el último término de una serie que comienza con la ingestión de los alimentos, sigue con la tos (tos gástrica) y termina con la expulsión del contenido estomacal. En los tuberculosos, se interesa muy pronto el estómago; el pneumogástrico tiene en su trayecto dos órganos que sufren, el pulmón y el estómago; en cuanto obra sobre un punto irritable una causa de excitación, tal, por ejemplo, como el contacto de los alimentos con la mucosa gástrica, todo el pneumogástrico se conmueve, y el enfermo empieza tosiendo por haber comido y acaba vomitando porque tose.

Por consiguiente, la primera condición será la de calmar la excitabilidad gástrica: *agua clorofórmica*, *cocaína*, *yodo*, *alcohol*, etc. (véase pág. 380); pero prestarán singulares servicios los *opiados*, los *sedantes*, que al mismo tiempo calmarán también la excitabilidad pulmonar; puede recomendarse particularmente para estos casos el empleo de la *morfina* en inyecciones subcutáneas.

Ya hemos indicado en anteriores páginas el método que emplea Habershon para calmar los vómitos principalmente debidos á la hiperexcitabilidad laringo-bronquial.

D. — Las AFECCIONES DE LAS VÍAS DIGESTIVAS SUPERIORES pueden provocar el vómito: lesiones de la úvula y de las partes próximas del istmo, neoplasmas del esófago, etc. Estas diversas circunstancias darán reacción natural para emplear los medios locales indicados en el tercer párrafo del tratamiento general (pág. 377): embrocaciones con *cocaína*, *bromuro* en solución concentrada, cateterismos repetidos, etc.

E. — Ha llegado el momento de estudiar una clase de vómitos de causa muy obscura, que se presentan en dos estados que no dejan de tener ciertas analogías: la jaqueca y el mareo.

En la JAQUECA, las náuseas y los vómitos llegan algunas veces á ser una verdadera tortura, y apenas tenemos armas con que combatirlos. El mejor remedio será el que pueda proporcionar un poco de sueño, y cada enfermo tiene su terapéutica preferida. La *antipirina*, la *antifebrina*, la *fenacetina*, la *analgesina*, suelen ser los medicamentos de mejores resultados.

Es ya fabuloso el número de remedios preconizados contra el MAREO

ó MAL DE MAR; sin embargo, los que parece que han dado pruebas de su eficacia son los *bromuros* á dosis masivas, 6, 7, 8 gramos, la *antipirina* y la *cocaína:*

Éter.	XXX gotas
Tafia.	50 grámos
Cocaína.	0 gr. 05
Láudano.	XX gotas
Agua.	100 gramos

(MOUSSOIR).

H. s. a. Poción. Para tomar á cucharadas hasta conseguir el efecto.

La *trinitrina* ha dado muchas veces buenos resultados.

C. — VÓMITOS POR ACCIÓN PSÍQUICA

Los vómitos pueden ser determinados por acción directa sobre el centro bulbar, ó por acción refleja, pero también por acción psíquica: así ocurre en los vómitos histéricos, que pueden algunas veces llegar á ser realmente incoercibles y revestir extremada gravedad. La mayoría de las veces serán rebeldes á todo tratamiento medicamentoso, pero cederán con relativa facilidad á una sugestión más ó menos exteriorizada.

En ciertos casos de vómitos rebeldes que sobrevienen después de las enfermedades infectivas, debe pensarse en la posibilidad del origen psíquico de tales vómitos, y no olvidar que el histerismo puede despertarse entonces por vez primera, conforme ha demostrado el profesor Grasset. Así lo hemos podido observar últimamente en la clínica del profesor Spillmann, en una joven afecta de vómitos incoercibles durante la convalecencia de una fiebre tifoidea muy grave; no sabiendo ya qué hacer, se le quiso practicar un lavado del estómago; cuando la sonda empezó á penetrar en el esófago, la enferma fué presa de una crisis típica de histerismo, y los vómitos no volvieron á reproducirse.

Los mismos procedimientos podrán servir á menudo para tratar el *mericismo,* verdadera neurosis gastro-diafragmática que se observa algunas veces en los niños como consecuencia de un *verdadero hábito de vómitos voluntarios.* En este período es cuando hace falta vigilar al niño de cerca discretamente, sin aparentar inquietud por sus vómitos, fingiendo á las veces que no se les presta atención, regañándole, si preciso es, administrándole después de cada vómito un medicamento muy desagradable al paladar; en una palabra, empleando un tratamiento moral apropiado al carácter del niño.

IV

Tratamiento de los vómitos según su naturaleza

A. — Nada especial tenemos que decir de los vómitos ALIMENTICIOS, MUCOSOS, BILIOSOS, pues á ellos se refiere todo lo que hemos estudiado.

B. — Tampoco hay que señalar nada particular acerca de los vómitos DE PUS, que casi constantemente proceden de un foco desarrollado fuera de las vísceras y que hace irrupción en ellas; ni acerca de los vómitos FECALOIDEOS por obstáculo al curso de las materias en el intestino.

C. — Pero sí debemos fijar la atención en el vómito de sangre, la HEMATEMESIS.

Cualquiera que sea el origen de la hematemesis: úlcera del estómago, cáncer, gastritis agudísima, estancación en la circulación de la porta (comienzos de la cirrosis atrófica), infecciones hemorrágicas, hemofilia, histerismo, lo primero que hay que hacer es:

1.° *Asegurar la movilidad* del órgano lesionado; deberá imponérsele al enfermo el reposo absoluto en el decúbito dorsal y la dieta absoluta, sin darle más que trocitos de *hielo* para que los chupe; luego, al cabo de algún tiempo, se podrá hacerle absorber champagne y leche helados, á cucharaditas de café espaciadas. Sobre la región epigástrica se colocará una *vejiga de hielo,* aislada de la piel por la interposición de un trozo de franela. De hora en hora se administrarán 1 ó 2 centigramos de *extracto tebaico,* ó bien se practicará por la mañana y por la noche una inyección hipodérmica de 1 ó 2 centigramos de *morfina.*

2.° Podrá *intentarse la hemostasia local:*

a) Por medios coagulantes:

Percloruro de hierro.	XXX gotas
Jarabe de opio.	30 gramos
Agua destilada.	100 —

H. s. a. Poción. No fiar mucho en sus efectos.

El *agua de Rabel:*

Agua de Rabel.	3 gramos
Jarabe tebaico.	30 —
Agua destilada.	120 —
Alcoholaturo de limones.	XX gotas

H. s. a. Poción. A cucharadas grandes.

b) Por los *polvos inertes: subnitrato de bismuto,* de 2 á 3 gramos, que se diluyen en una pequeña cantidad de leche y se toman á cucharadas de café.

Lo mismo sirve el *talco de Venecia,* que puede tomarse á dosis muy alta, 20 á 30 gramos.

c) Por los astringentes:

Tanino.	2 gramos
Jarabe de opio.	30 —
Agua de azahar.	10 —
Agua de tilo.	90 —

H. s. a. Poción.

ó

Extracto de ratania.	3 gramos
Jarabe de morfina.	30 —
Agua destilada..	100 —

H. s. Poción. A cucharadas grandes.

Por acción sobre la *contractilidad de los vasos:*

Ergotina.	2 gramos
Jarabe de ratania	30 —
Agua de azahar..	10 —
Agua de canela.	90 —

H. s. a. Poción. A cucharadas grandes.

O bien practicar una inyección subcutánea de la solución graduada de *ergotina* Ivon (una ó dos jeringas de Pravaz en las veinticuatro horas).

3.° Si la hemorragia amenaza, por su abundancia, provocar un síncope, *inyecciones de éter,* de *cafeína.*

Por último, en caso de necesidad, se recurrirá á las inyecciones de *suero artificial;* la fórmula del profesor Hayem, que es una de las más empleadas, es la siguiente:

Agua destilada esterilizada..	1000 gramos
Cloruro de sodio puro.	5 —
Sulfato de sosa.	10 —

Disuélvase. Caliéntese hasta 38°

Puede practicarse la inyección por las vías intravenosa, intraarterial ó también, y esto es lo más frecuente, en el tejido celular subcutáneo.

Se pueden inyectar fácilmente de 30 á 40 centímetros cúbicos y aun mucho más; en los coléricos se han inyectado hasta 2 litros.

Más sencillo es inyectar *agua salada esterilizada,* con 8 ó 10 por 1000 de sal. Prácticamente, en caso de gran urgencia, puede estimarse que dos cucharadas de café de cloruro de sodio equivalen á 7 ú 8 gramos; una cucharada de sopa representa de 15 á 20 gramos, ó sea la dosis para dos litros.

También es recomendable la fórmula siguiente:

Fosfato neutro de sosa.	2 gramos
Agua destilada.	100 —

Disuélvase. 1 centímetro cúbico en inyección subcutánea, que será reiterada.

CAPITULO XXIV

TRATAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES DEL PÁNCREAS

POR

A. RÉMOND (DE METZ)

Profesor de la Facultad de Medicina de Tolosa

TRADUCCIÓN DE JOSÉ GÓNGORA

I

Consideraciones generales

Las enfermedades del páncreas son quizás las que más recientemente han ingresado en el dominio clínico, y si se dejan de lado los casos en que se revelan por la forma particular de diabetes que Lancereaux describió por primera vez, son quizás también las enfermedades cuya existencia pasa más fácilmente inadvertida. Frecuentemente mortales en plazo breve, rara vez curables, con un complexus sintomático extraordinariamente variado, parecen desafiar á un tiempo la sagacidad del clínico y el ingenio del terapeuta; y si la cirugía ha conseguido curar algunas veces las degeneraciones quísticas del órgano que nos ocupa, debemos confesar que hasta el presente ha sido casi completa la impotencia demostrada por todos los tratamientos médicos.

El páncreas puede ser asiento de cierto número de procesos anatómicos, que comprenden la pancreatitis aguda, la degeneración quística, la pancreatitis crónica, la litiasis y el cáncer. Debemos resumir los elementos de semiología y de diagnóstico que poseemos acerca de cada una de estas formas morbosas.

Desgraciadamente estas nociones servirán más para demostrar nuestra impotencia que para fundamentar un tratamiento.

II

Pancreatitis aguda

La pancreatitis aguda comprende las pancreatitis hemorrágicas, los abscesos, los flemones, y por último, la gangrena de la glándula. En unos casos un individuo con tendencia á la obesidad, alcohólico por lo común, sufre de pronto, en medio de una salud aparente, un dolor violento, repentino, que se irradia con atroces paroxismos á toda la cavidad abdominal, ó se localiza con mayor precisión en la región epigástrica y muere al cabo de pocas horas ó á lo sumo de pocos días. Otras veces el accidente es menos fulminante: el enfermo llevaba algún tiempo sufriendo trastornos digestivos vagos; la evolución es menos rápida; la glándula más ó menos destruída por la sangre, supura y se forma un absceso que se enquista en la cavidad posterior de los epiploones; así puede retardarse la muerte, pero llega, á pesar de todo, tardando á lo más algunas semanas, y provocándola, ora la peritonitis, ora el agotamiento ú otra nueva hemorragia. Cuando se forma un absceso, suele aparecer la ictericia.

Dolor, irritación gastro-intestinal, schock abdominal, apirexia, fiebre, ictericia, fenómenos de peritonitis aguda, colapso, tumefacción epigástrica, agotamiento general y profundo de las fuerzas sin causa apreciable, muerte súbita, todos los síntomas y todos los accidentes posibles sugerirán al médico las más diversas hipótesis. Hilty (1) ha diagnosticado empacho gástrico en un caso de hemorragia del páncreas; Huber (2) creyó que se trataba de cólicos hepáticos; Gade (3) de cólicos menstruales; E. Paul (4) de una peritonitis; Hirschberg (5), Fitz (6), Zahn (7) supusieron una estrangulación interna. En algunos casos de gangrena, han aparecido en la pared abdominal manchas rosadas lenticulares, que hicieron pensar en una fiebre tifoidea (8).

Pero, dejando aparte los casos excepcionales, puede decirse que, á pesar de todo, si no se le ocurre al médico el diagnóstico de hemorragia del páncreas ó de pancreatitis aguda, los fenómenos observados atraen la

(1) Hilty.—*Correspondenz Blatt. f. Schweizer\ Aerzte*, 15 Noviembre de 1877, página 666.
(2) Huber.—*Arch. f. klin Med.*, 1875, t. XV, pág. 455.
(3) Gade.—*Separataftryk of N. Mag. f. Lægev*, n.° 9, 1892.
(4) E. Paul.—*Boston med. a. surg. journ.*, 4 Enero de 1894, pág. 8.
(5) Hirschberg —*Berliner klin. W.*, 1887, n.° 34, pág. 287.
(6) Fitz.—*The med. Rec.*, N. Y. 9, 14, 1889, pág. 261.
(7) Zahn.—*Wirchow's Arch.*, 1891, t. CXXIV, 2.° p. p. 238 y 253.
(8) *Zeitschrift f. klin. Med.*, 1892, vol. XX, págs. 486 y 309.

atención hacia la cavidad peritoneal lo bastante para justificar, si la evolución no es demasiado rápida, una intervención quirúrgica. Una vez abierto el abdomen, se levantará el estómago para penetrar en la cavidad posterior de los epiploones, rasgar la hojilla peritoneal posterior, evacuar los coágulos y ligar el vaso, si se encuentra el punto de donde parte la hemorragia. Las más de las veces se encuentra un órgano infiltrado por múltiples hemorragias procedentes de la degeneración grasosa de la mayor parte de su substancia. Entonces se podrá cauterizar con el termocauterio, taponar con gasa yodofórmica, y de este modo esperar la eliminación de las partes necrosadas. El pronóstico es suficientemente grave para autorizar todas las osadías (Sallard) (1).

III

Quistes del páncreas

En el tratamiento de los quistes del páncreas, habrá que recurrir también al cirujano. Estos quistes pueden ser consecutivos á un absceso, á una hemorragia, pero es lo menos frecuente. Tampoco es frecuente encontrar quistes hidatídicos. Las más de las veces se trata de un tumor desarrollado en un punto de la glándula á expensas de su substancia, y lleno de un líquido que posee de una manera más ó menos completa las propiedades químicas del jugo pancreático. Cuando el tumor es unilocular, no suele ocasionar graves trastornos en la salud general del paciente. En cambio, cuando se trata de quistes multiloculares, puede observarse estearrea y diabetes; pero los quistes de esta clase son más raros y su diagnóstico mucho más obscuro. Al estudiar la pancreatitis crónica, insistiremos nuevamente en los síntomas que acompañan la existencia de estos quistes.

En algunos casos, se desarrolla el quiste de una manera completamente insidiosa. En otras circuntancias, su origen puede con toda claridad referirse á la época de un traumatismo abdominal. Por ejemplo, en una observación de R. W. Chew y Ch. W. Cathcart (2), se trataba de un muchacho de 13 años á quien un cochecito había aplastado el vientre; pues bien, después de una rápida sedación de los dolores debidos al traumatismo, se fué formando el tumor en el espacio de dos meses. Mikhaïlof (3) relata un caso perfectamente análogo. En otros casos, no se advierte el comienzo de la afección y sólo al cabo de muchos años se nota la existen-

(1) Sallard.—*Manuel de médecine* de Debove y Achard.
(2) R. W. Chew y Ch. W. Cathcart.—*Edinburgh med. journ.*, Julio de 1890.
(3) Mikhaïlof.—*Vratch*, núm. 41, 1895.

cia de un tumor epigástrico, accesible á la palpación. El desarrollo se realiza sin grandes dolores (Schnitzler) (1) ó, al contrario, va acompañado de crisis dolorosas, verdaderas neuralgias paroxísticas, debidas á la compresión del plexo celíaco (Gussenbauer) (2). La duración de la enfermedad puede ser muy larga; diez y ocho meses (Schnitzler), tres años (Zweifel) (3), catorce años (Gussenbauer).

En general, el tumor es liso, macizo á la percusión, muy poco fluctuante, no sigue el movimiento del diafragma, y en la mujer se aisla siempre fácilmente de los órganos genitales. Suele existir entre el tumor, el hígado y el bazo, una zona de sonoridad timpánica y no es infrecuente encontrar sobre el tumor el colon transverso.

En estos casos y cualquiera que haya sido la rapidez de la evolución del tumor, debe acudirse sin vacilaciones á una intervención operatoria. Pero es preciso *abstenerse en absoluto de toda punción exploradora*, pues esta maniobra ha determinado la rotura del quiste y el derrame de su contenido en el peritoneo, sobre todo en el caso de Chew y Cathcart. Si la punción va seguida de evacuación del líquido por aspiración, no es capaz de modificar el curso de la enfermedad. Mikhailof, por ejemplo, vió reproducirse rápidamente el líquido evacuado por la punción.

Por consiguiente, no se vacilará en abrir la cavidad abdominal y se pondrá al descubierto el tumor, ya sea incindiendo el epiploon gastrocólico ó echando hacia arriba el epiploon mayor y el colon. Se protegerá cuidadosamente al peritoneo contra la irrupción de líquido en su cavidad. Para esto, lo mejor será suturar el saco á la pared abdominal; luego se le vaciará y se drenará su cavidad. Esta manera de proceder ha dado buenos resultados en manos de Kuester (4), de Karewsky (5), de Martin (6), de Chew y Cathcart, que abrieron el peritoneo después de romper el quiste con la aguja, de Gussenbauer, de Schnitzler, de Sweifel, etc.

IV

Litiasis pancreática.—Esclerosis.—Estearrea Diabetes pancreática

El tratamiento de las afecciones pancreáticas en que nos hemos ocupado hasta ahora, pertenece más bien al dominio quirúrgico, así como los

(1) Schnitzler.—*Internat. klin. Rundschau*, 1893, n.° 5.
(2) Gussenbauer—*Prag. med. Woch*, 1894, n.os 2 y 3.
(3) Zweifel.—*Centralb. f. Gynœkol*, 1894, n.° 27, pág. 641.
(4) Kuester.——*Berl. klin. Wochenschrift*, 9, 1887.
(5) Karewsky.—*Deutsche med. Wochenschrift*, pág. 1035, 1890.
(6) Martin.—*Virch. Arch.*, tomo CXX, pág. 230, 1890.

síntomas en ella observados rara vez revelan una perturbación en el funcionamiento fisiológico de la glándula. Con la litiasis, la pancreatitis crónica y la esclerosis de la glándula, se observan dos fenómenos de gran importancia clínica: la estearrea y la glucosuria.

La litiasis pancreática se revela, desde el punto de vista anatómico, por la formación y desarrollo de concreciones en uno ó en muchos puntos de los conductos excretores de la glándula. Por encima de estas concreciones pueden formarse quistes por retención, ó bien se desarrolla la esclerosis de la glándula. Si la obliteración interesa á un tronco grande y sobre todo al conducto de Wirsung, se verá aparecer la estearrea. Tampoco es rara la diabetes. Se ha discutido si esta litiasis es ó no capaz de provocar dolores comparables á los ocasionados por las litiasis hepática y renal, inclinándose unos por la negativa y afirmando otros la existencia de cólicos pancreáticos. Holzmann (1) ha visto, en una crisis de cólicos producidos por la litiasis de los conductos del páncreas, una salivación abundante, melituria transitoria y accesos febriles, comparables con los del cólico hepático ó nefrítico. En este caso, parece que dió buen resultado la *pilocarpina*.

Si el obstáculo persiste, la glándula, según queda dicho, es asiento de quistes ó de esclerosis. Y aunque experimentalmente no se provoca la diabetes si se ligan los conductos excretores, no es menos cierto clínicamente que la esclerosis del páncreas es causa frecuente de glucosuria. La misma lesión ocasionará la compresión del conducto de Wirsung. Por último, podrá desarrollarse sin que exista obstáculo alguno al curso del jugo pancreático, bajo la influencia del alcoholismo, de la arterio-esclerosis, de la sífilis, de una auto-intoxicación prolongada (uremia crónica). En estos casos, pueden también dejar de observarse la estearrea, la melituria, aunque la destrucción de la glándula sea bastante para acarrear una caquexia mortal. Así, por ejemplo, un caso de Rosenthal (2) se refiere á una joven de 16 años y medio que murió de caquexia en siete semanas, después de haber presentado una copiosa ascitis, y en la autopsia se encontró una esclerosis completa del páncreas, probablemente de naturaleza específica, sin que nunca hubiera habido síntoma alguno capaz de llamar la atención y hacer pensar en la posibilidad de una lesión pancreática.

Pero esta marcha insidiosa del mal puede reputarse como un caso poco frecuente. Es posible el diagnóstico, y por consiguiente son muy legítimos los esfuerzos de la terapéutica. Además del tratamiento especial de la

(1) Holzmann. — *München. med. Wochenschrift*, 1895, n.º 20.
(2) Rosenthal. — *Zeitschrift f. klin. Med.*, tomo XXI, 3 y 4.

estearrea y de la diabetes, Fleiner (1) aconseja, en la cirrosis calculosa y arterio-esclerótica del páncreas, regularizar la cantidad de bebidas con objeto de rebajar la presión arterial; insiste este autor en la necesidad de interrumpir con largos períodos de reposo el trabajo, así físico como intelectual; aconseja la gimnástica y la aereación del enfermo. Tiene gran importancia la regularización de las evacuaciones ventrales.

La estearrea no es otra cosa que la presencia de un exceso de materias grasas en los excrementos, que por esta razón toman un aspecto y una consistencia absolutamente especiales. Hay que decir que este síntoma es eminentemente variable, en un mismo enfermo, según la riqueza de los alimentos en materias grasas. Una pequeña cantidad de estas últimas puede ser perfectamente emulsionada por la bilis y, á pesar de una insuficiencia absoluta del páncreas, no producirse la estearrea.

La diabetes se caracteriza por la brusquedad de su aparición y la intensidad de los fenómenos que la acompañan: sed intensa, extremada debilidad, decaimiento rápido, acetonemia precoz, glucosuria muy abundante.

No hemos de estudiar aquí el régimen especial de los diabéticos, ni de las medicaciones que suelen emplearse para combatir la diabetes artrítica, métodos que, por otra parte, no tienen eficacia alguna. ¿Resulta la glucosuria de la supresión de una secreción interna de la glándula encargada, en estado normal, de destruir el azúcar contenido en la sangre? ¿Esta secreción pancreática ejerce, como pretende Montuori (2), una acción glico-inhibitriz sobre el hígado? ¿Deben considerarse como causa de la glucosuria las lesiones concomitantes del plexo solar, que, según los experimentos de Hedon, Gley, Thiroloix y nuestras propias comprobaciones, parecen desempeñar un papel importante en esta cuestión? No es éste lugar á propósito para discutir estos problemas, pero lo que sí debemos recordar, desde el punto de vista terapéutico, son los favorables resultados obtenidos con el uso de las inyecciones subcutáneas de *jugo pancreático*.

Para combatir la estearrea, además de las modificaciones del régimen, que consistirán en disminuir cuanto se pueda la ingestión de alimentos grasosos, es lógico administrar al enfermo cierta cantidad de pulpa de páncreas. Arnozan ha empleado este medio contra la diabetes con relativo éxito; los experimentos de Brown-Séquard, desde el punto de vista general de las secreciones internas de los órganos glandulares, las de Mehring y Minkowski, de Lépine, etc., desde el punto de vista de la

(1) FLEINER.— *Berlin klin. Wochenschrift*, 1894, n.os 1 y 2.
(2) MONTUORI.—*La Riforma médica*, 23 y 24 Enero de 1895.

diabetes pancreática experimental, debían inducir á los clínicos á ensayar el tratamiento de la diabetes flaca administrando el extracto de la glándula bajo una ú otra forma.

Con Rispal (1) asistimos, en Septiembre de 1892, á un enfermo afecto de diabetes pancreática. Las inyecciones de jugo del páncreas (4 centímetros cúbicos al día) determinaron un aumento notable del peso del enfermo, aceleración del pulso, que era muy lento (de 40 á 80), disminución de la sed, del hambre y de la glucosuria.

En otro enfermo con diabetes flaca y enfermedad de Addison, en el cual el páncreas estaba poco alterado, pero cuyas ramas del plexo solar sufrían grandemente por la lesión de las cápsulas suprarrenales y de los plexos que las rodean, hemos conseguido también que desapareciera, con las citadas inyecciones, no la glucosuria, pero sí la acetonuria (2).

Las dos veces hemos empleado páncreas de perro. Se extirpaba la glándula *en vida*, y luego se la desmenuzaba con arena esterilizada y glicerina; se filtraba el líquido y se inyectaba directamente debajo de la piel. Otros autores (Comby, Dieulafoy, Mackenzie, Wood, Wilhe, Leyden), han empleado el mismo método con resultados diversos. Vanni y Barzagli (3) han empleado también en dos casos la inyección de jugo pancreático glicerinado. En otras dos series de experimentos, han hecho ingerir al enfermo la glándula fresca. Pero esta última ha sido mal tolerada, y como hicieron las inyecciones de una manera irregular, no han podido deducir conclusiones firmes. Börmann ha conseguido un éxito brillante en un hombre de 30 años, afecto al mismo tiempo de bronquitis crónica y de perturbaciones visuales (4). No habiéndole dado resultado ni la ingestión de la glándula, ni las inyecciones rectales de jugo glandular, empleó las inyecciones hipodérmicas del jugo á razón de $1^{cm^3},5$ por día. En cinco semanas, la cantidad cotidiana de azúcar urinario descendió de 400 á 16 gramos y el peso del enfermo aumentó ocho libras y media. En cambio, de Créenville no ha obtenido resultados apreciables haciendo tomar á sus enfermos de 8 á 10 gramos de pulpa de la glándula (5).

En vista de lo dicho, creemos que, si la administración de la glándula por la vía digestiva debe reservarse para los enfermos afectos de estearrea (6), contra la glucosuria dependiente de las alteraciones del páncreas

(1) Comunicación de Brown-Séquard á la *Societé de Biologie*, 25 de Abril de 1893.

(2) Rispal y Rémond.—*Languedoc médical*, 11 Diciembre de 1853.—Fournier.—*Thèse de Toulouse*, 1884.

(3) Vanni y Barzagli.—*Il Morgagni*, 1895, I, pág. 470.

(4) Börmann.—*Wien. med. Blätter*, 17 Octubre de 1895.

(5) Reunión de la Sociedad de médicos de la Suiza Romana, Lausana, 24 de Octubre de 1885.

(6) Abelmann.—*Thèse de Dorpat*, 1890.

deben emplearse las inyecciones hipodérmicas de jugo pancreático. La acción es análoga á la del jugo tiroideo en la caquexia mixoedematosa, y creemos que este procedimiento terapéutico, empleado con todas las precauciones apetecibles, puede retardar bastante tiempo una terminación reputada por lo común como rápidamente fatal.

Por otra parte, Lépine (1) ha intentado fabricar el *fermento glicolítico* (?) hidratando la diastasa de la malta. Este producto, administrado á cierto número de enfermos, no ha dado los resultados que el autor parecía esperar, pues su conclusión es que el uso de tal agente es inofensivo y que podrá confiarse en conseguir de él resultados *transitorios*. Bástenos haberlo mencionado.

V

Cáncer del páncreas

Según su localización, el cáncer del páncreas va acompañado de cierto número de fenómenos accesorios, que no dejan de constituir para el enfermo complicaciones, muy penosas algunas veces. La ictericia crónica con dilatación de su vesícula, la dilatación gástrica por compresión del duodeno, la ascitis, las hemorragias intestinales, son accidentes que rara vez faltan en el curso de esta enfermedad. Los enfermos enflaquecen extraordinariamente deprisa, la caquexia se hace pronto muy grave y la enfermedad termina por la muerte, sin que quepa esperar nada de la terapéutica, ni de una intervención quirúrgica.

Es verdaderamente lógico procurar combatir los trastornos digestivos por la administración de *pulpa de páncreas* ó de *pancreatina*. Pero lo mejor es no proponerse más que calmar el dolor, y la *morfina*, cuyo abuso no debe inspirar temores en este caso, permitirá al infeliz enfermo esperar, sin sufrimientos excesivos, su fin inevitable.

(1) Lépine.—*Semaine médicale*, 1895, pág. 169.

CAPÍTULO XXV

TRATAMIENTO DE LA DISPEPSIA Y DE LAS DIARREAS EN LOS NIÑOS

POR

V. HUTINEL

Profesor de la facultad de París

TRADUCCIÓN DE JOSÉ GÓNGORA

I

División de la materia

Las enfermedades del aparato digestivo son muy frecuentes en los niños de pecho y revisten en ellos gravedad extraordinaria, causando por sí solas, en el primer año de la vida, mayor número de víctimas que todas las demás afecciones juntas (1).

El estudio del tratamiento de tales enfermedades, estudio en gran parte basado en el conocimiento de las causas de las mismas, ha realizado en estos últimos tiempos visibles progresos.

Sábese que las condiciones fisiológicas de la digestión no son en el niño iguales que en el adulto, pero de esas condiciones no se tiene todavía un conocimiento perfecto. También se sabe que los microorganismos del intestino toman parte muy activa en los diversos actos de la digestión, así en el estado fisiológico como en los estados patológicos; mas, aunque la luz va penetrando poco á poco en este caos, ¡cuántos puntos quedan aún obscuros!

Los autores no se han puesto de acuerdo, ni mucho menos, acerca de

(1) LAGNEAU ha dicho que en 1892 habían muerto en Francia 135,608 niños de pecho, lo cual equivale á la sexta parte de la mortalidad total; pues bien, más de la mitad de esas defunciones han sido producidas por afecciones intestinales.

la naturaleza, de las causas, de las formas clínicas de las diarreas infantiles; sin embargo, en las obras francesas, y en las extranjeras, se encuentra, con ligeras variantes, una división que parece bastante natural y que nosotros hemos adoptado desde hace mucho tiempo. Esta división comprende seis capítulos principales.

1.° *Dispepsias gastro-intestinales y diarreas simples de origen dispéptico*, producidas por una mala elaboración de las materias ingeridas y una exageración de los movimientos peristálticos del intestino: estas afecciones al principio influyen muy poco en la nutrición y el estado general, pero pueden servir de preparación á enfermedades más graves ó conducir á los niños á la caquexia.

2.° *Gastro-enteritis catarrales agudas*, catarros gastro-intestinales, que mejor denominaríamos, con Marfan, *diarreas toxi-infecciosas febriles*. Los caracteres de este grupo son: fiebre, enflaquecimiento y debilitación rápidos, hinchazón del vientre, cólicos y deposiciones abundantes, verdosas y mucosas, en las que dominan los elementos epiteliales disgregados y los microorganismos virulentos.

3.° *Gastro-enteritis coleriformes* ó *cólera infantil*, con evacuaciones profusas y en extremo frecuentes, enflaquecimiento rápido, algidez, etc.

4.° Enteritis caracterizadas por una secreción mucosa abundante y á menudo por deposiciones mucosanguinolentas ó seudomembranosas (*enteritis mucosas, disenteriformes, foliculares*, etc.). En las formas agudas, la hinchazón y la ulceración de los folículos son muy extensas; en las subagudas, la infección afecta principalmente al intestino grueso.

5.° *Diarreas crónicas*, simples ó diatésicas.

6.° *Atrepsia*.

Indudablemente esta clasificación no es perfecta ni completa. En las diarreas dispépticas más sencillas, obsérvase siempre un aumento del número y de la virulencia de las bacterias intestinales y siempre se realiza una reabsorción de toxinas más ó menos abundante, y sus efectos sobre el organismo entero no por ser menos marcados que en las enteritis deja de ser innegable. ¿Dónde acaba la diarrea dispéptica? ¿dónde empieza la diarrea tóxica? El deslinde entre ambas es tanto más difícil, cuanto que con frecuencia la una prepara la otra. No obstante, esta división, aun siendo imperfecta, nos parece natural y aceptable.

II

Dispepsias gastro-intestinales

A. — CONSIDERACIONES GENERALES

Los trastornos funcionales de las vías digestivas, no acompañados de ninguna alteración orgánica apreciable, son muy comunes en los niños de pecho.

Unas veces, el aparato digestivo no puede someter los alimentos á la elaboración necesaria para su asimilación; otras, el alimento mismo es defectuoso é indigesto.

En la época del nacimiento, los distintos segmentos del tubo digestivo (boca, estómago, intestino delgado, intestino grueso) y las glándulas á él anexas, distan mucho de haber alcanzado un desarrollo completo. La función digestiva, muy imperfecta siempre en los recién nacidos, es, en algunos individuos, particularmente defectuosa.

El problema de la alimentación es sumamente difícil en los niños nacidos antes de tiempo.

En los niños débiles y en algunos degenerados, tropiézase con las mismas dificultades. ¿Quién ignora cuán delicada es la dirección de esos pequeños seres inapetentes, hijos de neurópatas ó de diatésicos, que maman sin energía y no tienen el menor afán por vivir?

Hay, además, los enfermos: los sifilíticos, cuyo hígado y demás órganos están más ó menos lesionados; los que han sufrido en la vida intrauterina por efecto de lesiones de la placenta; los mal conformados (labio leporino, ausencia de la bóveda del paladar, deformidades del ano y del recto), los herniados, los que tienen un testículo detenido en el anillo, etc., todos los cuales se encuentran en condiciones de evidente inferioridad. En todos estos casos, la dispepsia es tanto más de temer y sus consecuencias son tanto más graves, cuanto que el niño es más débil y su función digestiva más incompleta.

El alimento indispensable al recién nacido es la leche, y para él la leche de mujer es mejor que todas las demás.

Muchas veces, sin embargo, el niño no puede ser alimentado por la madre, lo que sería el ideal, ni por una nodriza, y entonces se recurre á otras leches, especialmente á la de vaca; pero esta leche, la única prácticamente utilizable en la mayoría de los casos, es demasiado rica en caseína para ser de tan fácil digestión como la de mujer. Y aun mezclán-

dola con agua y tratándola de modo que su composición se aproxime sensiblemente á la de la leche materna (leche humanizada, maternizada, etc.), siempre su asimilación resulta difícil y más ó menos incompleta.

De suerte que el peligro es mayor para las criaturas alimentadas artificialmente que para las que se crían al pecho.

Y si el peligro existe, hasta cuando la lactancia artificial se practica con extremadas precauciones, cuando la leche cuidadosamente calentada ó esterilizada es de una pureza irreprochable ¡cuánto mayor no será si las precauciones que se adoptan son insuficientes ó nulas, cuando la leche está adulterada, fermentada, contaminada, etc.! Y téngase en cuenta que la leche es un líquido tan sujeto á fermentación, que su alteración en determinadas condiciones, y en particular en la época de los calores, es poco menos que forzosa.

¿Qué diremos de aquellos casos en los cuales la alimentación se compone, á despecho del buen sentido, de sopas, carne, legumbres más ó menos ordinarias, sino que es asombroso ver cómo algunos niños resisten semejante régimen?

Cuando á un niño débil sólo puede suministrársele un alimento imperfecto, las probabilidades funestas se cuadruplican. A ciertos niños, por ejemplo á los sifilíticos, á los cuales su madre no puede alimentar, se les obliga á digerir un alimento defectuoso con un aparato digestivo muy incompleto; resultado de ello para muchos es la dispepsia primero y la caquexia después.

En la sección de niños de pecho de «Enfants assistés», la mortalidad de los sifilíticos es de cuatro quintos aproximadamente.

La dispepsia caracterízase de varias maneras en los niños de pecho: la edad y el sistema de alimentación son las causas principales de esta diversidad de aspectos.

La dispepsia puede ser accidental, y en tal caso se trata de una indigestión que termina con vómitos de leche coagulada y ácida, y á menudo con deposiciones líquidas amarillas ó verdes. La importancia de esta afección no pasaría de mediana si á menudo no preparara una infección intestinal.

Más comúnmente la dispepsia es habitual, por ser continuas las causas que la provocan.

En unos casos predominan los fenómenos gástricos, en otros, los más frecuentes, los trastornos intestinales; pero el estómago y el intestino no son tan independientes uno de otro que puedan describirse separadamente dispepsias exclusivamente gástricas ó intestinales.

El niño que digiere bien aumenta de peso con regularidad, hace dia-

riamente dos ó tres deposiciones amarillas, bien ligadas, y se duerme después de cada tetada sin regurgitaciones ni vómitos.

Al empezar la dispepsia, disminuye el apetito, el niño no mama tan bien, quiere el pecho á cada momento, pero lo deja después de haber dado algunas chupadas y á veces lo rechaza. Además, tiene regurgitaciones, hipo, alguna hinchazón de vientre, duerme mal, grita, se agita y por instantes palidece. Las evacuaciones no son todavía muy abundantes, pero despiden un olor desagradable.

En los recién nacidos criados al pecho, los trastornos intestinales son los que dominan y á veces los únicos.

Las deposiciones son más frecuentes, más líquidas y más fétidas, y van acompañadas de evacuaciones de gases y á veces son dolorosas. Al principio contienen cuajarones blancos formados por grasa no digerida; luego toman un tinte amarillo pardo y muy pronto son de color verde. Si se las analiza, sólo se encuentran en ellas los elementos de la leche y especialmente materias grasas. Contienen innumerables microorganismos, entre los cuales predomina el colibacilo.

Entre los niños alimentados con leche de vaca preséntase á menudo el estreñimiento: esta retención de materias mal digeridas en el intestino aumenta la flatulencia y predispone de una manera especial á las infecciones graves.

Los vómitos se producen sobre todo en los niños criados artificialmente, y entonces ya no se trata de simples regurgitaciones de leche apenas modificada, como las que se presentan con tanta frecuencia después de las tetadas demasiado copiosas, sino de leche coagulada, ácida, mezclada con bilis ó con mucosidades. Cuando estos vómitos se repiten poco después de haber mamado el niño, es de temer la existencia de una infección grave que á veces se inicia con convulsiones.

Raras veces la lengua se pone blanca; en algunos casos, aparece cubierta de muguet. En los niños criados al pecho, la orina contiene á veces azúcar. El jugo gástrico presenta siempre una disminución notable de ácido clorhídrico, aunque en ciertos casos aumente su acidez total: el contenido del estómago encierra muchas más bacterias que en el niño sano.

A pesar de estas manifestaciones más ó menos temibles, el peso del niño sigue aumentando, sobre todo si hay estreñimiento; pero ello no es razón para descuidar esta dispepsia, que tantas probabilidades tiene de degenerar en infección. En otros casos, por el contrario, la disminución del peso es bastante rápida, á pesar de la aparente benignidad de los trastornos dispépticos, y el niño puede llegar rápidamente á la atrepsia.

B. — TRATAMIENTO

1.° El tratamiento de las dispepsias ha de ser principalmente *higiénico:* ante todo es preciso modificar la alimentación y regularla según las indicaciones suministradas por el estudio de los trastornos gastro-intestinales.

Si la causa de la dispepsia es accidental, la enfermedad puede ser fácilmente vencida; pero si es duradera, generalmente conducirá á la atrepsia.

A menudo la cantidad de leche es demasiado considerable, y por consiguiente es preciso disminuirla; otras veces, las tetadas son demasiado frecuentes y se hace necesario retardarlas más. Ciertos niños pueden mamar á su capricho sin inconveniente; en cambio, otros no digieren bien si no se les somete á una regla. Si el niño vomita cada vez que mama, hay que disminuir la cantidad que cada vez toma y darle el pecho con menos frecuencia: á veces no se le podrá dar más que de tres en tres horas y en algunas dispepsias sólo cada cuatro.

En otros casos, y éstos son los que especialmente ha estudiado Parrot, el muguet, la diarrea, el enflaquecimiento y todos los síntomas de una dispepsia y aun de una infección intestinal seria, son consecuencia de una alimentación insuficiente, y en tal caso es preciso cambiar la nodriza si ésta es defectuosa. Si la que amamanta al niño es la madre, se le dará el pecho más á menudo y además se le hará tomar dos ó tres veces al día leche esterilizada, con lo cual, en muchos casos, se obtendrán satisfactorios resultados.

Pero antes de proceder de este modo no se contentará el médico con pesar al niño, pues la disminución de peso puede proporcionar una indicación engañosa, sino que deberá pesar todas las tetadas y asegurarse de la insuficiencia real de la alimentación. Es mayor el número de dispepsias ocasionadas por una alimentación excesiva, sobre todo entre los niños criados con biberón, que el de trastornos digestivos producidos por una alimentación insuficiente; de suerte que á un niño de pecho se le expone á un gran peligro alimentándolo con exceso, si era ya incapaz de digerir lo que le hacían tomar.

Cuando se presenta la dispepsia en un niño criado con biberón, hay que ver ante todo si la leche es pura, si es suficientemente rica, ó si lo es demasiado. Si las deposiciones son espesas, compactas y fétidas, será bueno mezclar la leche con una tercera parte de *agua hervida*, añadiéndole algo de *lactosa*. Muy á menudo basta sustituir la leche simple-

mente calentada con leche esterilizada ó cuidadosamente hervida para que cesen los trastornos digestivos motivados por las alteraciones de la leche.

Haciendo hervir la leche, se disminuye el número de bacterias que contiene; pero con ello no desaparecen las toxinas que durante doce horas, y á veces más, han podido depositar en la leche esas bacterias, y estas toxinas en verano son bastante abundantes para ejercer sobre el niño la acción de un veneno peligroso.

Si el niño no digiere bien la caseína de la leche de vaca, si enflaquece y sus deposiciones son fétidas, conviene darle una leche grasa poco rica en aquella substancia: en este caso, está indicada la leche grasa (leche maternal) preparada según el procedimiento de Gärtner.

En los niños débiles ó sifilíticos á quienes no puede darse el pecho, es bueno á veces recurrir á la leche de burra; pero esta leche, sumamente cara, no tolera la esterilización ni la ebullición, se conserva difícilmente y sólo puede ser útilmente empleada ordeñando el animal cada vez que el niño ha de mamar. Estas circunstancias hacen que el uso de esta clase de leche no se generalice.

Por regla general, cuando en un niño criado artificialmente las digestiones son lentas, las deposiciones fétidas y el aumento de peso insignificante ó nulo, es preciso resolverse á confiar el niño á una nodriza si después de algunos ensayos no se logra hacer desaparecer la dispepsia.

El cambio de ama es siempre una cuestión delicada. Cierto que el cambiar una nodriza regular por otra mejor constituye una ventaja innegable; pero á pesar de esto, sólo debe procederse á este cambio cuando está realmente indicado. ¡Cuántas veces cede la dispepsia con sólo regularizar las tetadas distribuyéndolas de una manera más juiciosa! En muchos casos, para mejorar el estado del niño, basta modificar la alimentación ó la higiene del ama. Mas cuando, á pesar de todo, el peso del niño disminuye progresivamente, no debe vacilarse: es posible, sin embargo, que la leche de la nodriza rechazada sea, al parecer, bastante abundante, y aun que parezca irreprochable; pero no hay que fiarse de las apariencias ni de los análisis, porque el mejor reactivo de la leche es el niño.

Con frecuencia, cuando es la madre la que amamanta á su hijo, se hace necesaria la lactancia mixta, dando diariamente al niño cierta cantidad de leche de vaca hervida ó esterilizada en el intervalo de una á otra tetada. El escollo en este caso está en la facilidad con que se da al niño más leche que la que puede digerir: de aquí la frecuencia de las dispepsias, que muchísimas veces sólo desaparecen renunciando al pecho materno insuficiente y recurriendo á una nodriza.

2.° Los *medicamentos* propiamente dichos desempeñan un papel insignificante en el tratamiento de los trastornos dispépticos.

Si el niño tiene regurgitaciones y sus deposiciones son ácidas y verdes, puede apelarse á los alcalinos, dándole ocho ó diez minutos antes de cada refacción una cucharada de café de agua de *Vichy* ó de *Vals* ó una pulgarada de *carbonato de magnesia*. Si las evacuaciones son abundantes y líquidas, es preferible el *agua de cal* medicinal, y si tardan en regularizarse, se usarán los siguientes polvos:

Bicarbonato de sosa.	aa. . . .	10 gramos
Creta lavada.		

M. s. a. Una pulgarada en una cucharada de café de agua hervida y azucarada antes de cada refacción.

En los casos en que la diarrea es abundante, están plenamente indicados el *talco* y el *subnitrato de bismuto*.

Cuando las deposiciones son fétidas, hay motivos para temer una infección intestinal, y es conveniente propinar una pequeña cantidad de *calomelanos*, bien 5 centigramos de una vez para un niño de dos á tres meses, bien varias pequeñas tomas de 1 centigramo cada tres horas. El *aceite de ricino* y aun el *jarabe de achicorias* dan bastante buenos resultados en las mismas condiciones. La mejor manera de practicar la antisepsia es evacuar el contenido del intestino; pero, tratándose de niños de pecho, es preciso usar de los purgantes con discernimiento y no abusar de ellos.

Los *lavados del estómago*, la *poción* de *Riverio* y hasta el *hielo* están indicados en los casos de vómitos repetidos.

Si hay estreñimiento, evacuaciones fétidas y mal digeridas y algo de meteorismo, hay que recurrir á las *lavativas* emolientes ó á la *enteroclisis*. El uso casi cotidiano de la *magnesia calcinada* produce á menudo buenos resultados en los niños de algunos meses; pero el medio mejor y más inofensivo que puede emplearse para triunfar de la atonía del intestino es, en nuestro concepto, el *masaje* metódico del abdomen.

Cuando es de temer una infección intestinal, puede darse, en vez de alcalinos, la *limonada láctica:*

Agua destilada.	160 gramos
Jarabe de naranjas.	40 —
Ácido láctico puro.	2 —

M. s. a. Una cucharada de café cada hora.

ó bien la *limonada clorhídrica:*

Agua destilada.	250 gramos
Jarabe de naranjas.	50 —
Ácido clorhídrico puro.	0 gr. 40

M. s. a. Una cucharada de café antes de cada tetada.

A los niños agitados puede dárseles *agua destilada de flor de azahar* ó algunas gotas de *agua destilada de laurel cerezo;* mas no debe recurrirse al *bromuro potásico* ni á otros medicamentos activos, á menos de temerse que se presenten accidentes nerviosos. Las *aplicaciones calientes,* las *cataplasmas,* las *compresas,* las *fricciones* suaves sobre el abdomen, etc., calmarán los cólicos. En muchos casos serán convenientes los *baños,* que se darán tibios y cortos, y sin abusar demasiado de ellos cuando se trate de dispépticos.

Los niños de pecho han de vivir en medio de la mayor tranquilidad, sin perfumes, sin ruido, sin excitaciones, y deben ir bien abrigados en invierno, sobre todo si digieren mal, porque se defienden imperfectamente contra el frío. En verano sufren con el calor y es preciso evitarles éste, pues en los meses más calurosos es cuando son de temer las infecciones graves.

III

Gastro-enteritis agudas

A. — CONSIDERACIONES GENERALES

En vez de la denominación de gastro-enteritis agudas ó de gastro-enteritis catarrales, preferimos la de diarreas toxi-infecciosas ó de infecciones gastro-intestinales febriles (Sevestre, Marfan), por el predominio que sobre las lesiones inflamatorias propiamente dichas tienen los fenómenos de toxemia y de infección. Cierto que no se trata de un simple trastorno sobrevenido en la elaboración de las materias alimenticias; pero si la reacción del organismo se manifiesta por síntomas graves, á menudo las alteraciones del estómago y del intestino son insignificantes.

La mucosa está más ó menos inyectada y rosada; las células epiteliales, poco modificadas en algunos puntos, experimentan en una cierta extensión la transformación mucosa, y se encuentra asimismo en algunos sitios una ligera infiltración intersticial: y esto es todo lo que se observa (1). La irritación afecta tanto al estómago como al intestino; y si generalmente predomina en el intestino en los niños muy pequeños y ataca más bien al estómago, en ciertas criaturas alimentadas con substancias indigestas, es muy raro que no se halle atacado el tubo digestivo en su totalidad.

(1) Heubner —*Soc. de méd. int. de Berlin,* 17 Diciembre, 1894.

En las materias evacuadas, al lado de innumerables bacterias, algunas animadas de un movimiento muy vivo, aisladas ó agrupadas en montones, encuéntranse, no sólo residuos alimenticios, sino además detritus epiteliales, células mucosas, moco, cristales y pocos leucocitos.

Los verdaderos agentes de la enfermedad son microorganismos que parecen desarrollarse muy especialmente durante los grandes calores: las más de las veces introdúcense en el organismo con los alimentos, pero en algunos casos parecen penetrar por el recto y el colon. A expensas de la leche y de otros alimentos, fabrican venenos temibles (Flügge). A veces estas toxinas penetran, completamente formadas, en las vías digestivas con una leche ya profundamente alterada, y aun pueden existir solas en la leche, después de haber sido destruídos por una esterilización tardía los microbios que las produjeron. Al lado de estas infecciones *ectógenas*, que desempeñan en la génesis de la gastro-enteritis un papel tan importante que han podido ser denominadas «enfermedad del biberón,» hay que tener en cuenta las infecciones llamadas *endógenas*, que pueden presentarse en los niños alimentados al pecho ó con una leche irreprochable (Escherich): en este caso, perturbada la digestión, prodúcense en el tubo digestivo fermentaciones pútridas á costa de los saprofitos del intestino. Estas alteraciones se presentan especialmente en las últimas porciones del intestino delgado y del grueso, porque los saprofitos encuentran un alimento en las trasudaciones mucosas y albuminosas de la mucosa lo mismo que en los albuminoides de la leche.

Los gérmenes patógenos contenidos en las materias diarreicas son numerosos y variados; pero ninguno de ellos puede ser considerado como agente específico de tal ó cual diarrea: el más importante es el colibacilo, más ó menos modificado en sus propiedades y en su morfología.

En un principio predominan los fenómenos de toxemia, no encontrándose microorganismos en la sangre ni en los tejidos; pero muy pronto aparecen en ciertos niños lesiones viscerales (broncopneumonías, trombosis, lesiones del riñón, de las meninges, etc.), que demuestran la existencia de una infección más ó menos general del organismo (Czerny y Moser). En tales casos, desempeñan también un papel importante los microorganismos del intestino y sobre todo el colibacilo; pero si algunas veces se encuentran en estado de cultivos casi puros en los focos secundarios, muy á menudo están asociados en éstos con microbios piógenos, especialmente con estreptococos. Estas infecciones secundarias por los piógenos son frecuentes en los hospitales y en aglomeraciones de niños, é imprimen á la enfermedad un sesgo especial (Epstein, Fischl).

Aunque hay formas benignas de gastro-enteritis, las más de las

veces los síntomas revisten un carácter de gravedad que los diferencia perfectamente de los que se notan en las dispepsias sencillas.

El enflaquecimiento es constante, rápido y en algunos casos considerable; á menudo precede en un día á las demás manifestaciones.

Hay siempre fiebre, pero ésta es bastante irregular. Intensa en los niños de algunos meses, destetados ó alimentados con leche de vaca, apenas se nota en los recién nacidos débiles, en los cuales dura poco y á menudo es sustituída por la hipotermia.

Los vómitos son frecuentes, sobre todo en los niños de algunos meses, pero no constantes: á veces inician el cuadro sintomático, de modo que la enfermedad parece comenzar por una indigestión; se componen de materias alimenticias ó de bilis, rara vez son sanguinolentos y despiden un olor desagradable, debido al desarrollo de ácidos grasos.

Las deposiciones son siempre frecuentes y líquidas; verdes al principio ó mezcladas con cuajarones blancos y con mucosidades en los niños alimentados con leche, presentan un color pardusco en los que han tomado otros alimentos. Cada vez se vuelven más acuosas y espumosas y en algunos casos se decoloran; unas veces son ácidas y otras alcalinas, observándose esta última reacción de un modo especial cuando despiden gran fetidez. Son irritantes y su contacto provoca generalmente un eritema en las nalgas.

La lengua se pone encarnada y pegajosa y con tendencia á secarse, cubriéndose á veces de muguet; el abdomen está tenso; el niño grita, se retuerce y agita sin cesar, siéntese atormentado por una sed ardiente, que no se puede satisfacer sin provocar vómitos, y más adelante se debilita, se deprime y cae en un estado de estupor que recuerda el de los tifódicos.

La respiración es frecuente, el pulso acelerado y á veces irregular. La piel floja, pálida, de color de pizarra, cúbrese á menudo de un eritema que empieza por los miembros y por la cara. La orina, poco abundante, es casi siempre albuminosa. El hígado preséntase con frecuencia graso y el bazo poco desarrollado.

A menudo sobrevienen convulsiones y en algunos niños obsérvase en el cuello y en los miembros una rigidez que puede hacer temer la aparición de una meningitis. En los casos graves, el vientre se cubre de manchas petequiales.

La mayor parte de estos síntomas deben ser atribuídos á una toxemia, y en realidad pueden desaparecer bastante pronto si el tratamiento está bien dirigido; pero hay que notar, además, accidentes de otro orden. Si la fiebre no baja, si el enflaquecimiento persiste, asístese á menudo al desarrollo de una broncopneumonía que hay que buscar, porque únicamente

ocasiona una aceleración de los movimientos respiratorios (Sevestre). Otras veces aparecen lesiones renales, lesiones encefálicas, supuraciones cutáneas, etc., y en tales casos no cabe duda de que hay que habérselas con una infección más ó menos generalizada (Czerny y Moser, Epstein, etc.).

En suma, los accidentes producidos por la gastro-enteritis reconocen como causas, en primer término, una intoxicación del organismo por los productos microbianos, y después una infección de la economía por los gérmenes mismos.

En el tubo digestivo se fabrica el veneno (Vaughan) y de allí parten los microorganismos para invadir la sangre y los diferentes órganos.

Este dato fundamental debe ser el punto de partida del tratamiento racional de las diarreas *toxi-infecciosas*.

B. — TRATAMIENTO

Ante todo hay que atender á secar la fuente del veneno, para lo cual es preciso suspender por completo toda alimentación, imponiendo al enfermo una *dieta absoluta*. En la actualidad, casi todos los autores están de acuerdo sobre este punto y lo consideran como base del tratamiento. Es necesario, pues, suprimir todo alimento, incluso la leche, porque los venenos microbianos continuarían formándose á expensas de estas substancias sujetas á la fermentación. Esta dieta, que podrá prolongarse durante veinticuatro, treinta y seis y hasta cuarenta y ocho horas si las deposiciones siguen siendo pútridas, ningún perjuicio causará al niño, bastando, para hacérsela tolerable, propinarle cada cuarto de hora una cucharadita de agua de *Evian*, de agua hervida adicionada con *lactosa*, de té ó de grog ligero. Es conveniente darle estas bebidas frescas ó heladas á fin de evitar los vómitos. Más adelante, se le darán de cuando en cuando dos ó tres cucharaditas de *agua albuminosa* ligera (una clara de huevo en medio litro de agua) y después un poco de caldo de pollo, desengrasado y helado. Es preciso no ceder á la impaciencia del niño y no hacerle tomar de una vez demasiada cantidad de líquido, porque no tardaría en arrojarlo.

Para contener las manifestaciones de la toxemia, no basta suprimir la alimentación: el mal progresa rápidamente é importa mucho no dejar que se elabore el veneno durante algunas horas á expensas del contenido del estómago y del intestino.

Si el estómago contiene líquidos, si no se ha vaciado por los vómitos, está formalmente indicado el *lavado* del mismo con agua hervida ó

ligeramente alcalina. Si persisten los vómitos, podrá repetirse la operación varias veces al día. El lavado, preconizado por A. Ebstein, Leo, Escherich, etc., no es absolutamente indispensable en todos los casos, pero sí útil en muchos de ellos y en ninguno perjudicial.

Una vez desembarazado el estómago de su contenido, es necesario proceder á la antisepsia del intestino, siendo el mejor medio para ello propinar inmediatamente un purgante: en los casos graves, deben preferirse los *calomelanos*, bastando una dosis de 5 centigramos para un recién nacido, de 10 para un niño de un año y de 15 para uno de diez y ocho meses.

El *aceite de ricino*, la *magnesia*, etc., pueden emplearse en los casos en que la enfermedad reviste caracteres más leves.

Mas, como el efecto purgante tarda en producirse, hácese preciso apresurar la evacuación del contenido del intestino: la *enteroclisis* responde perfectamente á esta indicación. El lavado del intestino ha sido aplicado por Monti á los niños hace mucho tiempo (1), y nosotros mismos hemos recurrido á menudo á él de diez años á esta parte. Este remedio, á pesar de que algunos lo han censurado diciendo, algo teóricamente, que facilita el paso de las toxinas á la sangre, da por regla general excelentes resultados. Las simples lavativas no pasan de la última porción del intestino grueso; gracias á la enteroclisis, puede hacerse penetrar hasta el intestino delgado, sin violencia y con una presión fácil de graduar, una cantidad de agua que excede generalmente de medio litro.

Con mucha frecuencia se emplean para estos lavados líquidos antisépticos, como *agua bórica*, *agua naftolada*, solución de *borato sódico*, etc.; mas como no está demostrada la ventaja de estos líquidos más ó menos irritantes, será preferible utilizar el agua hervida, pura ó adicionada con *cloruro sódico*, al 7 por 1000, ó un *cocimiento de malvavisco*. Si el niño tiene mucha fiebre, el líquido se introducirá á una temperatura de 26 á 29° C.; si la fiebre es baja, se le empleará á una temperatura de 32 á 33° C.

El lavado debe repetirse dos, tres y aun cuatro veces al día, al principio de la infección, pero no se necesita aplicarlo con tanta frecuencia durante mucho tiempo, pues el alivio que procura es tan manifiesto que muchas veces niños presa de agitación y atormentados por la sed se calman y se duermen inmediatamente después de lavarles el intestino.

El modo de acción del lavado es complejo: obra mecánicamente determinando la evacuación inmediata de una gran cantidad de materias pútridas, que habrían permanecido más ó menos tiempo en el intestino;

(1) Monti.—*Arch. für Kinderheilk*, t. VII, fasc. 3, 1886.

refresca al niño, como puede comprobarse con el termómetro, y suministra al organismo cierta cantidad de agua de que éste tiene gran necesidad, como lo prueba el hecho de calmarse casi siempre después del lavado la sed que tanto hace sufrir á los enfermitos. Sin embargo, ni hay que abusar de la enteroclisis, ni debe repetirse durante mucho tiempo, porque se correría el peligro de dilatar é irritar el intestino.

Como el vientre está meteorizado, conviene cubrirlo de *cataplasmas* ó de *compresas* húmedas y de tafetán engomado. Las compresas habrán de ser calientes y se renovarán cada dos horas si el niño presenta síntomas de cólicos; pero si la fiebre es intensa será mejor aplicarlas frías.

Una de las causas de la putridez del contenido intestinal es, en parte, la desaparición del ácido clorhídrico del jugo gástrico (Wohlmann); por consiguiente, conviene recurrir á los ácidos, sea al *ácido clorhídrico*, que parece naturalmente indicado, sea el *ácido láctico*, que da mejores resultados. Hayem ha obtenido excelentes éxitos con el ácido láctico, y los médicos que lo emplean en las diarreas toxi-infecciosas tienen en muchos casos motivos para felicitarse de su uso. Cada hora se propinarán una ó dos cucharadas medianas de la limonada láctica anteriormente formulada, de manera que el niño absorba en veinticuatro horas 1gr,50 á 2 gramos, según su edad, de ácido láctico. Cuando haya desaparecido la fetidez de las evacuaciones, gradualmente se irán retardando las tomas.

A esto pueden y deben á menudo limitarse las medidas adoptadas para asegurar la antisepsia del intestino.

Y no porque no se hayan encomiado multitud de antisépticos; pero entre estos medicamentos unos son solubles, como el *benzoato sódico*, el *ácido bórico*, la *resorcina*, etc., y no pueden pretender realizar la desinfección del intestino, sobre todo en sus últimas porciones, en donde las fermentaciones son especialmente activas, porque son reabsorbidos en el estómago, en el duodeno y en el yeyuno, y otros son más ó menos insolubles y atraviesan el intestino sin ser reabsorbidos, por lo menos en su totalidad. Entre estos últimos citaremos el *naftol*, el *betol*, el *benzonaftol*, el *salicilato de bismuto*, el *salol*, etc., los cuales pueden ciertamente ejercer una acción antipútrida sobre las materias intestinales, pero su acción es demasiado lenta para que sea prudente recurrir á ellos en la fase inicial de una infección intestinal amenazadora.

Mejor es reservarlos para las infecciones benignas, casi apiréticas, ó para las infecciones que persisten en estado subagudo, después de haber cedido la fiebre y desaparecido los fenómenos graves del principio; en estos casos, prestarán verdaderos servicios.

A menudo basta practicar la antisepsia del intestino siguiendo el

método indicado para que ceda la fiebre y la curación esté asegurada; pero hay casos en que el niño está deprimido y resiste mal, sobre todo cuando la diarrea ha sido muy abundante y la secreción urinaria está muy disminuída.

Entonces están formalmente indicadas las inyecciones subcutáneas de *suero artificial*, siendo para ello preferible la solución fisiológica de agua salada:

Agua destilada.	1000 gramos
Cloruro sódico.	7 —

Disuélvase y esterilícese con cuidado.

A un recién nacido se le inyectarán 10 centímetros cúbicos de esta solución, tres, cuatro ó más veces en veinticuatro horas, continuándose las inyecciones durante varios días. Estas inyecciones, aplicadas al tratamiento de las diarreas graves por Luton, Epstein, Weiss, Sahli, etc., me han dado excelentes resultados (Marois, Thiercelin): ofrecen pocos inconvenientes y casi nunca producen abscesos.

En vez de la solución fisiológica del cloruro sódico puede utilizarse el suero artificial de Hayem:

Sulfato sódico..	10 gramos
Cloruro sódico.	5 —
Agua destilada.	1000 —

Disuélvase.

El empleo de este suero no nos ha parecido que ofrezca grandes ventajas. El de Cheron contiene demasiado ácido fénico para ser aplicado á un niño de pecho, á menos de inyectarlo en cantidad de 2 ó 3 centímetros cúbicos.

Las inyecciones se practican generalmente en la parte inferior de la región lumbar, después de lavada metódicamente la piel y de esterilizada la jeringa.

Cuando la elevación de la temperatura reviste un carácter amenazador, no debe titubearse en dar baños fríos (de 28 á 30° C.), dos ó tres veces cada veinticuatro horas. Si el niño presenta tendencia al colapso, estarán indicados los baños de *mostaza*, y en estos casos se apelará á las *inyecciones de éter*, de *aceite alcanforado* y aun de *cafeína*, si bien esta última debe usarse con mucho cuidado en los recién nacidos, porque á veces les excita de una manera alarmante.

Si aparece el muguet, se limpia cuidadosamente la boca con un colutorio de *borato sódico* ó con agua de *Vichy*. En casi todos los casos es conveniente hacer el lavado del estómago con esta última ó con una solución de *bicarbonato sódico* al 5 por 1000.

Cuando sobreviene alguna complicación, broncopneumonía, ictericia, fenómenos cerebrales, convulsiones, supuraciones, etc., es necesario aplicar á la misma el tratamiento correspondiente; pero lo mejor es tratar de una manera activa la infección intestinal.

Atenuados los síntomas febriles, plantéase el otro problema, y no el menos difícil, cual es el de volver gradualmente á la alimentación normal. En este punto es preciso evitar toda precipitación, porque cualquiera transgresión haría renacer el peligro.

Después de haber tenido al niño á una dieta acuosa el tiempo suficiente para obtener un descenso de temperatura y una disminución notable de la putridez de las deposiciones, deben dársele poco á poco bebidas alimenticias: algunas cucharaditas cada hora de agua albuminosa, débil y ligeramente azucarada, agua de cebada ó de arroz y más adelante caldo de pollo ligero y completamente desengrasado. Después se probará la leche mezclada con igual cantidad de agua ligeramente alcalina (*Vals, Alet,* etc.), que al principio se le dará en dosis pequeñas y á largos intervalos. En los Enfants-Assistés, lo mismo que en la clínica de Epstein, es regla general no dar esta leche sino cada cuatro horas, empezando por una sola cucharada de sopa.

En lugar de leche de vaca puede recurrirse á la de burra ó al kephir. El *kephir* que se emplea para los niños pequeños es el kephir número 2: aunque de sabor poco agradable, los niños lo aceptan bastante bien al principio y prepara el retorno á la alimentación láctea, pero no se tolera mucho tiempo.

En el intervalo de las tomas de leche, cuya cantidad se aumentará gradualmente y que deberán ser al fin más frecuentes, si son bien toleradas, se continuará dando agua adicionada con *lactosa, limonada láctica* y aun *agua albuminosa,* que no tiene los inconvenientes que algunos le han achacado.

A menudo, bajo la influencia de esta medicación, se ven desaparecer los alarmantes síntomas del principio, entrando de nuevo todo en orden. Durante algunos días las deposiciones continúan siendo más ó menos líquidas y mucosas, pero no tardan en modificarse, regularizándose y normalizándose. Algunas veces, á consecuencia de un ensayo de alimentación prematuro y mal dispuesto, y aun sin causa apreciable cuando el niño es cuidado en un hospital en donde tan frecuentes son las infecciones secundarias, se ve reaparecer la fiebre con su cortejo de síntomas alarmantes; entonces precisa prescribir nuevamente la dieta acuosa, los calomelanos, los lavados intestinales, la limonada láctica y las inyecciones subcutáneas de suero artificial, no siendo en tal caso raro que los fenó-

menos gastro-intestinales sean más tenaces y la diarrea más persistente, y que el enflaquecimiento haga progresos amenazadores. En estas diarreas de recaídas, frecuentes en el período del destete, si la leche no se digiere bien, á pesar del empleo de los polvos antisépticos ó astringentes, llega un momento en que es necesario renunciar á su uso. En estos casos, puede alimentarse al niño con cocimiento de arroz ó con caldos ligeros; pero el alimento que da mejores resultados, y que es preciso ensayar, es la *carne cruda,* debiendo seguirse el procedimiento de Trousseau y de Bouchut, consagrado por una larga experiencia. Debe emplearse la carne de carnero cruda con preferencia á la de buey, más abonada para el desarrollo de la tenia, comenzando por una pequeña dosis: 10 gramos de carne cruda, muy trinchada y tamizada, tres veces al día, sea con azúcar, sea con jalea de frambuesas ó conserva de rosas. Esta dosis se aumenta en cantidad de 3 á 4 gramos en cada comida. En el intervalo de una comida á otra no se le dará al niño más que agua albuminosa ó kephir aguado.

Después de cada comida de carne se propinará una cucharada grande de *limonada clorhídrica.*

El primer día las deposiciones son fétidas y parecen mal digeridas, pero generalmente no tardan en regularizarse, siendo en muchos casos sorprendente el resultado conseguido. Pero es preciso abstenerse de emplear este sistema de alimentación desde el período febril de la infección, porque se correría el peligro de aumentar en proporciones alarmantes la gravedad de los síntomas en vez de disminuirla.

No es rara la persistencia de la diarrea, aun después de haber cedido la fiebre y desaparecido los molestos síntomas primeros, siendo las evacuaciones menos fétidas, pero tan líquidas y verdosas como antes; y es que el intestino ha estado excesivamente irritado para recobrar inmediatamente su funcionamiento normal: hay en él todavía fermentaciones, segrega demasiado moco, y al contraerse activamente en demasía, expulsa su contenido antes de que esté digerido perfectamente. En este caso, ya no es una infección lo que hay que combatir sino una diarrea, debiendo recurrirse, por consiguiente, á los polvos absorbentes. Para este objeto han sido sucesivamente preconizados el *subnitrato de bismuto,* el *salicilato de bismuto*, la *creta*, el *talco*, el *benzonaftol*, el *salol*, el *fosfato de cal*, el *tanígeno*, etc., cada uno de los cuales tiene su indicación apropiada. También se les puede asociar formando polvos compuestos de salicilato de bismuto y benzonaftol, de subnitrato de bismuto y de creta, etc. Se les administra bien en pequeñas tomas en un poco de agua azucarada cada tres horas, bien en una poción gomosa, debiendo prolongarse su uso durante mucho tiempo.

Como en estos casos la diarrea depende, en parte, de un aumento del peristaltismo intestinal, el *opio* puede estar indicado.

El opio, formalmente proscrito por Trousseau y por gran número de médicos, no puede emplearse sin peligro en el período inicial de las diarreas infecciosas, pues se corre el riesgo de aumentar la depresión y de precipitar el desenlace; más adelante puede ser útil, siempre que se administre en dosis mínimas. A un niño de un año se le dará una gota de *láudano* en una poción gomosa de 60 gramos con 2 de subnitrato de bismuto, á cucharaditas cada dos horas. Esta pequeña dosis, así dividida, basta generalmente, tanta es la sensibilidad de los niños para los opiados. En los niños de dos años la dosis de láudano puede ser de dos gotas al día.

Esta medicación por el bismuto y el láudano debe continuarse durante algún tiempo, de lo contrario puede reaparecer la diarrea: no debe interrumpirse, aunque las deposiciones se hayan, al parecer, regularizado, siendo entonces conveniente dar al mismo tiempo algunas tomas de *magnesia* y propinar *lavativas emolientes* (J. Simon).

Ciertamente que es preferible el empleo del bismuto al del *nitrato de plata* y al de los astringentes; pero llega un momento, en algunos niños, en que la diarrea reaparece á cada instante y amenaza convertirse en crónica: entonces podrá echarse mano del *tanino*, del *tanato de albúmina*, del *tanígeno*, de la *ratania*, del *catecú*, de la *monesia*, etc.; pero estos medicamentos deben ser utilizados especialmente en las diarreas crónicas.

Sucede con frecuencia que, á pesar de los cuidados más apropiados é inteligentes, sucumben los niños, ora en el período inicial de la enfermedad, por el solo hecho de la toxemia, ora más adelante á consecuencia de una infección secundaria ó de un debilitamiento progresivo. Si el niño tiene menos de cuatro meses, á la diarrea toxi-infecciosa sucede muy á menudo el estado de desnutrición progresiva, al que Parrot ha dado el nombre de atrepsia; si es mayor, con frecuencia quédase pálido y débil, y se vuelve más ó menos raquítico.

IV

Cólera infantil

A. — CONSIDERACIONES GENERALES

El cólera infantil, ó diarrea coleriforme de los niños de pecho, es la forma más grave de las infecciones gastro-intestinales: los fenómenos de

toxemia primero y de infección después, adquieren una intensidad tal que recuerda los del cólera asiático.

La enfermedad estalla generalmente en verano, cuando el calor ha sido excesivo y prolongado, y ataca con preferencia á los niños criados con biberón y á los destetados, pero no están libres de ella los niños criados al pecho.

Es poco verosímil que reconozca por causa un agente único, específico, comparable al bacilo vírgula del cólera asiático; más probable es que sea resultado de una exaltación extraordinaria de la virulencia de los saprofitos intestinales. El colibacilo desempeña un papel importante en su producción (Baginsky). Mas si esta patogenia es admisible para los casos esporádicos ¿sucede lo mismo en los casos epidémicos? ¿Representa un gran papel el bacilo aislado y descrito por Lesage? Hasta ahora nada hay que lo demuestre.

Lo que llama la atención en las autopsias es la poca importancia de las lesiones en comparación con la gravedad de los síntomas, sobre todo en los casos en que la muerte ha sido más rápida. La mucosa intestinal es gris y aparece cubierta de una capa de epitelio descamado y necrobiosado, los vasos están inyectados; células redondas en número variable infiltran las vellosidades y los espacios interglandulares del intestino y del estómago; los epitelios de las glándulas están más ó menos modificados, pero no tanto como pudiera creerse, pues la alteración de las células se observa especialmente en los orificios. El número de bacterias que cubren la mucosa y llenan las glándulas es considerable (Heubner). Si el niño ha sobrevivido algunos días, las congestiones cerebrales, las trombosis de los senos craneales de las venas renales ó de la arteria pulmonar, las pneumonías, las lesiones del riñón, del cerebro, etc., atestiguan la producción de infecciones secundarias.

Por razón de estas lesiones, el cuadro sintomático se presenta sumamente complejo. El mal estalla á veces estando el niño en plena salud y sin causa aparente, pero más frecuentemente ha precedido á su explosión una dispepsia ó una diarrea sencilla.

Por lo general, preséntanse vómitos, en un principio de materias alimenticias y después acuosos, incoloros ó ligeramente verdosos, vómitos que sobrevienen espontáneamente ó provocados por la ingestión de líquidos. A veces no aparecen en los niños alimentados al pecho; pero en otros casos son más penosos que la misma diarrea.

Las deposiciones son abundantes, frecuentes y flúidas, y los pañales están siempre sucios, aunque se cambien á cada momento. Las evacuaciones, al principio algo verdosas y generalmente ácidas, no tardan en ser

incoloras, serosas, poco olorosas ó amoniacales con reacciones unas veces ácidas, otras alcalinas, pero nunca riciformes.

Muy pronto llama la atención el cambio que se verifica en la fisonomía del niño: su rostro palidece, afílase su nariz y los ojos se hunden; la lengua se vuelve roja y seca y el niño la saca continuamente, al mismo tiempo que pide de beber atormentado por una sed que nada basta á calmar. Si el vientre estuvo al principio meteorizado, no tarda en deprimirse. El niño está en la cama encogido, con los muslos sobre el abdomen, frota los talones y mueve la cabeza de un lado á otro presa de penosa agitación, á menudo entrecortada por movimientos convulsivos. Muy pronto el grito se enronquece y se extingue y á la agitación suceden una depresión profunda y un verdadero colapso. El rostro se altera cada vez más; alrededor de los ojos, profundamente hundidos, fórmase un círculo negruzco; los párpados no se cierran; las conjuntivas se inyectan y se inflaman; las córneas se empañan; la nariz se afila y se enfría; la boca se hunde, los labios se secan y se ponen cianóticos, las comisuras hácense prominentes y la fisonomía toda toma un aspecto de inexpresable angustia. El enflaquecimiento alcanza proporciones increibles, la piel adquiere un tinte pálido, aplomado, de color de cera, exceptuando en las extremidades que están cianóticas; pierde su elasticidad y conserva los pliegues que en ella se imprimen. Más adelante se pone gruesa, se indura como si se helara. La temperatura periférica desciende en todo el cuerpo, incluso en la boca; en cambio la temperatura central mantiénese bastante elevada; el pulso, en un principio muy frecuente, se hace pequeño, filiforme y más lento. La respiración es irregular y difícil; la orina, más ó menos albuminosa, cesa; la fontanela se hunde; los miembros, la nuca y el tronco se ponen rígidos; las pupilas apenas reaccionan y se dilatan. La muerte sobreviene por el aumento progresivo del colapso y de la algidez. En los casos afortunados vuelve el calor, levántase el pulso, la mirada se anima, la orina reaparece y la diarrea es de nuevo biliosa; pero en estos casos hay que contar siempre con los trastornos digestivos persistentes y con las lesiones cutáneas ó viscerales que no en todos los casos permiten que el enfermo recobre la salud.

Estos síntomas característicos no se explican por una pérdida considerable de líquido, sino principalmente por una toxemia. El cólera infantil es, ante todo, resultado de una intoxicación en la cual el tóxico ha sido fabricado en el tubo digestivo por los microorganismos que en él pululan y á expensas de los alimentos ingeridos.

B. — TRATAMIENTO

Las indicaciones del tratamiento se deducen claramente de lo que dejamos expuesto. En esta enfermedad, más aún que en las diarreas toxi-infecciosas febriles, es preciso apresurarse á secar la fuente del tóxico, devolver al organismo el agua que ha perdido y reanimar, por todos los medios posibles, las fuerzas del niño.

La antisepsia del tubo digestivo se impone como regla absoluta, pero ¿cómo debe practicarse?

En primer lugar, hay que prohibir todo alimento, incluso la leche, que no tardaría en convertirse en el intestino en veneno (Seiffert): es indispensable prescribir la *dieta acuosa* y no dar á los niños más que *bebidas heladas* á cucharaditas cada diez ó quince minutos: agua hervida mezclada con *lactosa*, grog ligero, té y terroncitos de *hielo* si los vómitos persisten.

Si hay vómitos, es necesario el *lavado del estómago*, pero cabe vacilar en practicarlo si el niño ha entrado ya en el colapso.

Los *lavados del intestino* con agua hervida pura ó mezclada con *cloruro sódico*, en la proporción de 7 por 1000, no inspiran los mismos temores y no ofrecen ningún inconveniente: es preciso hacerlos varias veces al día, porque operan mecánicamente la desinfección del intestino y mitigan la sed: es conveniente elevar la temperatura á 33 ó 34°.

Los antisépticos intestinales, como la *resorcina*, el *timol*, el *benzoato sódico*, el *yodoformo*, el *salol*, el *salicilato de bismuto*, el *ácido salicílico*, etc., no han dado positivos resultados. Los *calomelanos* pueden ser útiles al principio, no á dosis de 0gr,05 ó 0gr,10 de una vez, sino de 1 centigramo cada dos horas; pero su acción es demasiado lenta.

Es preferible el *ácido clorhídrico* ó mejor la *limonada láctica*, cuya fórmula hemos dado anteriormente, administrada á cucharaditas cada diez ó quince minutos. Propinado de este modo, en pequeñas cantidades, el ácido láctico penetra en el intestino y acidifica el contenido del mismo, obrando á la vez como antiséptico y como astringente y mereciendo el favor de que goza.

Para proporcionar al organismo el agua que le hace falta, se inyectan en las venas de los enfermos de cólera asiático soluciones salinas, á las que se da el nombre de sueros artificiales. En los niños, esta operación es difícil, á causa del pequeño calibre de las venas, y no siempre sería fácilmente aceptada; pero las *inyecciones subcutáneas de agua*

salada á 7 por 1000, ó de suero de Hayem, deben emplearse con largueza. Tal vez estas inyecciones obran menos deprisa que aquéllas, pero su efecto es indiscutible y no exponen á ningún peligro si se practican con cuidado. En un niño de cinco ó seis meses no hay que vacilar en inyectarle debajo de la piel 15 ó 20 centímetros cúbicos de agua salada cada cuatro horas, mientras ofrezcan carácter alarmante los fenómenos de toxemia. Cuando los síntomas se atenúan, hay que continuar las inyecciones, pero con menos frecuencia. El objeto de estas inyecciones no es solamente restituir agua á la economía: además de esto, aumentan la presión arterial y la energía de las contracciones cardíacas y obran activamente sobre el sistema nervioso y sobre las secreciones; en una palabra, «dan un latigazo al organismo.»

Son preferibles á las *inyecciones de éter* ó *de cafeína;* no deben, sin embargo, desdeñarse estas últimas, á las cuales deberá recurrirse si la piel se enfría y el corazón se debilita.

El *alcohol* en forma de grogs, de vino de Málaga, de alcoholado de meliza, etc., asociado ó no á la *tintura de canela* y diluído en mucha agua, está indicado en todas las diarreas coleriformes. El té con ron se prescribe con frecuencia.

Cuando hay tendencia al enfriamiento, es preciso recurrir á los *baños de mostaza*, que pueden administrarse en número de dos ó tres cada veinticuatro horas. Los niños deben ser envueltos en algodón y rodeados de calentadores: es conveniente, además, aplicarles sobre el abdomen *cataplasmas* ó *compresas* calientes y cubrir los párpados con *compresas* húmedas, á fin de evitar que se sequen las córneas.

El *opio,* formalmente proscrito por Trousseau, Parrot, Bernhardt, etc., es admitido, en cambio, por gran número de médicos. Su empleo está contraindicado cuando hay tendencia á la algidez y al colapso; pero después del lavado del estómago y del intestino pueden añadirse, sin peligro, y antes bien con ventaja, de V á X gotas, según la edad, de *elixir paregórico* á la limonada láctica, que debe tomarse en veinticuatro horas, á fin de calmar los dolores y de moderar las contracciones intestinales, si el estado de la circulación lo permite.

Cuando se tiene la suerte de ver que los accidentes se corrigen, deberá probarse de dar, doce ó quince horas después de haber cesado los vómitos, *agua de cebada, agua de arroz, agua albuminosa*, etc., en pequeñas cantidades de una sola vez, y luego leche aguada ó kephir en pequeñas dosis, al principio cada cuatro horas. Después se vuelve gradualmente á la alimentación normal, siguiendo la marcha que hemos indicado á propósito del tratamiento de las gastro-enteritis febriles;

pero es necesario luchar contra las imprudencias y las impaciencias de los padres, pues las recaídas son posibles y las complicaciones frecuentes.

V

Enteritis foliculares. Enteritis mucosas

A. — CONSIDERACIONES GENERALES

Después de las formas febriles ó álgidas de las infecciones intestinales, debemos ocuparnos de las infecciones que van acompañadas de una positiva inflamación de la mucosa del intestino.

Estas enteritis son más ó menos agudas, más ó menos graves y más ó menos limitadas.

La forma más típica de las mismas es la que ha sido descrita con el nombre de *enteritis folicular:* á ésta es á la que especialmente nos referiremos en el presente capítulo. Pero las lesiones y los síntomas de la enteritis, en vez de evolucionar de una manera aguda y febril, pueden presentarse bajo una forma subaguda ó atenuada, y aun en algunos casos la irritación parece parcial y limitada al intestino grueso ó sólo á la última porción de éste, manifestándose entonces por los signos de un catarro mucoso que despierta escasa reacción (1).

La enteritis folicular es siempre una forma grave de infección intestinal, que modifica para mucho tiempo, sino la estructura, las funciones del tubo digestivo. Por sus lesiones anatómicas y por sus caracteres clínicos, aseméjase á menudo á la disentería, pero difiere de ella lo bastante para que no sea posible confundirlas. Sus alteraciones son menos profundas y menos necróticas; es menos contagiosa, aun cuando á veces parece serlo como las demás infecciones graves del intestino, y sus síntomas distan mucho de ser idénticos á los de la disentería epidémica.

Puede presentarse repentinamente á consecuencia de simples trastornos digestivos; también aparece en el curso de un catarro crónico, cuya marcha y gravedad modifica bruscamente, y en algunos casos estalla

(1) La denominación de enteritis folicular adoptada por los autores alemanes (Baginsky, Unger, Finkelstein, etc) no es absolutamente exacta y ha sido objeto de algunas críticas. La hinchazón de los folículos no es en modo alguno patognomónica, sino simple resultado de una infección del intestino y de la reacción de sus aparatos linfoides. Si conservamos esta denominación, á falta de otra mejor, es porque se aplica á una forma especial de enteritis aguda. El nombre de enteritis mucosa conviene mejor á las formas subagudas, apiréticas, con recaída, de la infección intestinal: estas formas son á menudo originadas por el estreñimiento y suceden á veces á la enteritis aguda folicular.

con ocasión de una enfermedad contagiosa como el sarampión, la grippe, etc.

Como todas las infecciones intestinales, desarróllase especialmente á fines del verano bajo la influencia de los calores prolongados, tomando entonces en muchos casos, sobre todo en los enfermos jóvenes, un carácter agudo y febril. En las demás estaciones, procede por lo general de un modo más insidioso. A veces ataca á los niños de pecho menores de un año; pero la forma más característica de esta enfermedad se observa especialmente en los niños robustos y ya destetados algunas semanas ó algunos meses antes, así como en los niños de dos, tres y más años.

Es temible particularmente en los niños que padecen de estreñimiento, que están alimentados de una manera excesiva, que comen carne demasiado pronto, y se la encuentra con frecuencia en aquellos que durante mucho tiempo no han tomado otro alimento que leche esterilizada: en este último caso, no debe achacarse la culpa del mal á la leche esterilizada sino al estreñimiento que ésta ocasiona, al estancamiento de materias en el intestino grueso y sobre todo á la alimentación excesiva que se da imprudentemente á los niños cuando creen los padres que éstos no se desarrollan bastante deprisa. Esta forma de enteritis es, pues, frecuente en los niños mejor cuidados, especialmente en los nerviosos ó dispépticos hereditarios, en los hijos de gotosos, de enfermos de mal de piedra, ó de nerviosos, á quienes se impone una alimentación demasiado fuerte para su capacidad digestiva, y cuyo vientre abultado es signo de un estancamiento ó de una elaboración incompleta de las materias en el intestino y á menudo de una tendencia al raquitismo.

Anatómicamente caracterízase esta enfermedad por una tumefacción de los folículos aislados ó agmíneos del intestino grueso y de la última porción del delgado, que constituye una verdadera psorenteria. Estos folículos son agrisados ó gris-rojizos, se elevan por encima de la mucosa y alcanzan á veces el tamaño de un cañamón ó de un guisante. En algunas ocasiones, se ulceran dejando de este modo en su lugar pérdidas de substancia redondeadas. La mucosa está hinchada, tumefacta, roja y en ciertos puntos descamada; el aparato glandular aparece siempre más ó menos alterado, sobre todo á nivel de sus orificios; la submucosa está engruesada, vascularizada é infiltrada de células redondas, especialmente alrededor de los vasos. Esta inflamación intersticial, que no siempre respeta la capa muscular, pero que afecta con preferencia á la mucosa y en particular á los folículos, se encuentra también á veces hasta en las primeras porciones del intestino delgado y aun en el estómago, en donde se ven masas mucosas y sanguinolentas.

Clínicamente, los síntomas son muy variables, porque los fenómenos febriles que señalan el comienzo de la afección pueden ser tan intensos como en las toxi-infecciones intestinales de forma tifódica, mientras que en otros casos aparecen atenuados ó casi no existen cuando predominan de un modo marcado los fenómenos locales.

Las modificaciones que presentan las evacuaciones tienen una importancia capital. Al principio, las materias evacuadas pueden parecer normales, pero son ya pútridas, fétidas y más ó menos mezcladas. Después de haber sido duras, no tardan en volverse viscosas y líquidas, verdes, pardas ó descoloridas; más adelante son francamente mucosas y á veces con estrías de sangre. A menudo alcalinas, más ó menos pútridas, contienen moco, elementos epiteliales alterados, leucocitos en número variable, sangre y sobre todo innumerables microorganismos. En las formas subagudas y con recidivas, que son frecuentes, contienen á veces, al mismo tiempo que moco más ó menos endurecido, arena intestinal formada ordinariamente por fosfato amoníaco-magnesiano.

En muchos casos los niños sienten incesantemente la necesidad de defecar, sólo para evacuar algunas flemas mucosas, con estrías de sangre y mezcladas con cuajarones verdes; pero puede suceder también que no haya tenesmo y que la irritación intestinal no cause más que una ligera diarrea. Al manifestarse los primeros accidentes, preséntanse á veces, especialmente en las formas febriles, vómitos de materias alimenticias al principio y de mucosidades más adelante. Estos vómitos son en ciertos niños casi incoercibles y constituyen un síntoma en extremo molesto.

El vientre es blando, grueso y más bien está retraído que hinchado; preséntanse cólicos dolorosos, el abdomen es muy sensible al tacto, especialmente á lo largo del intestino grueso, que aparece contraído, duro y sensible, y produce al tacto la sensación de un tubo de caucho. Si el dolor, en vez de localizarse en la S ilíaca, se extiende al ciego y predomina en la fosa ilíaca derecha, puede creerse equivocadamente en la existencia de una apendicitis, error en extremo perjudicial, porque una laparotomía hecha en estas condiciones expone al niño á los mayores peligros.

La piel está más ó menos caliente y á menudo la temperatura sube al principio á más de 39°; pero esta elevación, salvo complicaciones, no dura mucho tiempo. Por otra parte, la temperatura sigue una marcha bastante irregular y en algunos casos se observan elevaciones que parecen estar en relación con brotes de infección intestinal. El pulso es por lo general frecuente y muy á menudo irregular, particularidad tanto más digna de notarse cuanto que los vómitos iniciales pueden hacer creer en un principio de meningitis.

La lengua está saburral ó seca y muchas veces descamada en algunos sitios: esta descamación por zonas reaparece en cuanto experimentan el más pequeño malestar los niños atacados de esta forma de enteritis. La boca aparece pastosa y seca y á menudo presenta aftas más ó menos numerosas. El aliento es generalmente insípido ó hasta fétido: esta fetidez es un síntoma precoz, que anuncia la inminencia de los accidentes y aparece al mismo tiempo que se ponen pútridas las evacuaciones.

Los niños tienen una sed extraordinaria, que es preciso no satisfacer si se quieren evitar los vómitos que seguirían á la ingestión de una cantidad excesiva de líquido. Por regla general, los enfermos pierden el apetito, pero algunos piden que se les dé de comer, deseo al que no debe accederse, pues podría ser causa de más graves accidentes.

La situación llega á ser á veces alarmante: los niños están pálidos, angustiados, abatidos y quejumbrosos; sus facciones se alargan, sus ojos se hunden y su rostro puede recordar el de los coléricos. Con frecuencia presentan cierto grado de cianosis y enfriamiento de las extremidades.

En la piel aparecen á menudo erupciones eritematosas, urticáricas, polimorfas, sobre todo morbiliformes, que invaden preferentemente las muñecas, los codos, las rodillas y las nalgas. En las formas subagudas con repetición, obsérvanse más bien erupciones pruriginosas, vesiculosas ó con ampollas de estrófulus, que pueden recordar las de la varicela y del pénfigo.

La intensidad de los accidentes puede aumentar gradualmente, y en este caso los niños continúan febriles, ó por el contrario se enfrían, muriendo á consecuencia de una broncopneumonía intercurrente ó durante el colapso.

Este desenlace es por fortuna excepcional, pues generalmente bajo la influencia del tratamiento, las evacuaciones se modifican poco á poco y son menos frecuentes, menos pútridas y menos mucosas. Esto no obstante, siguen siendo durante mucho tiempo líquidas ó mal ligadas y viscosas. Después se espesan y en muchos casos sucede á la diarrea un estreñimiento que es preciso combatir á fin de evitar la reaparición de los accidentes infecciosos. La lengua recobra su humedad, pero continúa blanca ó descamada; el apetito reaparece, siendo preciso moderarlo por el temor de las recaídas. La enfermedad pasa á veces al estado subagudo: el niño sigue pálido y flaco y toma el aspecto de un raquítico; las epífisis se entumecen, dibújase más ó menos marcadamente el rosario costal y de cuando en cuando sobreviene una recaída, que es una repetición, comúnmente atenuada, del primer ataque. Algunos niños no tienen más que una crisis, de la que se curan definitivamente; pero la mayoría sufren recaídas

en mayor ó menor número, durante dieciocho meses, dos años ó más. A menudo estas crisis reaparecen en el momento en que se cree asegurada la curación por haber recobrado el niño el apetito, y sobrevienen á consecuencia de una transgresión de régimen, de un cambio de temperatura y algunas veces sin causa apreciable.

En estos niños existe una irritación subaguda del intestino, los epitelios se disuelven rápidamente, y de tarde en tarde sobrevienen fenómenos reaccionales, que explican suficientemente el trastorno de la nutrición. Y cuanto mayores se van haciendo los niños tanto más se parecen los síntomas á los de la enteritis mucosa de los adultos.

Esta forma apirética de la enteritis mucosa ó membranosa, que se caracteriza por la expulsión de flemas ó de membranas, á veces con estrías de sangre, sin reacción febril, sin pérdida del apetito, casi sin reacción, se encuentra en ocasiones en los niños que padecen de estreñimiento; puede aparecer bruscamente, pero más á menudo es consecutiva á un ataque agudo de enteritis folicular.

En la forma aguda ó subaguda de la enteritis folicular ó mucosa, al lado de una irritación local indubitable, obsérvanse comúnmente fenómenos de toxemia, variables según los casos y á veces alarmantes. Finkelstein ha tratado de establecer la causa específica de esta afección, que atribuye á un microbio especial, análogo al colibacilo, del cual se diferencia por algunas reacciones microquímicas. Escherich, por su parte, en tres casos ha encontrado en las evacuaciones un estreptococo especial, habiéndome su comunicación impresionado tanto más, cuanto que en la autopsia de un niño fallecido en Enfants-Assistés Thiercelin nos había hecho ver innumerables estreptococos en la superficie de la mucosa intestinal. Materia es ésta sobre la cual pueden llevarse á cabo interesantes investigaciones.

B.—TRATAMIENTO

El tratamiento variará según los períodos de la enfermedad.

Al principio, será preciso sobre todo moderar los accidentes de infección, y más adelante habrá de procurarse impedir que se reproduzcan.

En el primer período, cuando el niño tiene fiebre, sufre fuertes dolores y sus deposiciones son pútridas y tiene tenesmo, hácese necesario evacuar el contenido tóxico del intestino, estando para ello indicados entonces los laxantes.

El mejor de éstos, en mi concepto, son los *calomelanos* en dosis de 10, 15 ó 20 centigramos, según la edad del enfermo; mas también puede

recurrirse al *aceite de ricino*, á la magnesia y hasta á un purgante salino como la limonada de *citrato de magnesia* ó el *sulfato de sosa*.

El *lavado del estómago* difícilmente encuentra aplicación, como no sea en los niños que tienen vómitos frecuentes y casi incoercibles y aun en estos casos puede muchas veces prescindirse de él. La *poción de Riverio*, el *agua clorofórmica*, ó simplemente bebidas *heladas* tomadas en pequeñas cantidades bastan generalmente para hacer cesar esos vómitos.

En cambio, es de gran utilidad el *lavado del intestino*, si bien ha de evitarse practicarlo con líquidos irritantes.

La solución de *ácido bórico* generalmente empleada es demasiado excitante; preferible sería la de *borato sódico* (3 por 1000), y sin embargo, no ofrece grandes ventajas. Mejor es utilizar el agua hervida, ligeramente *salada* (4 ó 5 por 1000) ó un mucílago como el *agua de malvavisco*. Cuando el tenesmo es muy molesto, producen á veces buenos resultados las *lavativas de ipecacuana*.

Las *aplicaciones calientes* de cataplasmas ó de compresas húmedas sobre el vientre calman los dolores: también pueden aplicarse unturas con *aceite de beleño* ó con pomada de *belladona*.

Si los pies están fríos, precisa envolverlos en algodón, y si la piel está seca y ardiente, se dará al enfermo un baño tibio, de corta duración.

Mientras el niño presente síntomas de toxemia y persista la fiebre, ha de suprimirse la alimentación. Cuando la enfermedad empieza, lo mejor es prescribir la *dieta acuosa*, dando al enfermo grog ligero, té ó agua azucarada con un poco de agua destilada de flor de azahar y en pequeñas cantidades cada vez. La *limonada láctica* ó la *limonada clorhídrica* floja están asimismo indicadas, en cantidad de una cucharada mediana ó grande cada hora ó cada dos horas. Si los dolores son intensos y los accidentes abdominales se presentan más acentuados que los síntomas generales, se añadirán á esa limonada quince ó veinte gotas de *elixir paregórico* ó bien una, dos ó tres gotas, según la edad, de *láudano*, pero esto únicamente después de la evacuación del contenido del intestino. Estas bebidas se administrarán frescas ó heladas.

Cuando haya disminuído la intensidad de los accidentes febriles iniciales, se le dará, además, al enfermo *agua albuminosa* ó *agua de arroz* y después leche, mezclada con un agua alcalina ligera, ó kephir, pero á largos intervalos, al principio cada cuatro horas y comenzando por una sola cucharada grande; más adelante se aumentarán gradualmente las dosis y se administrarán con más frecuencia.

Aparte de este tratamiento puramente dietético, y que es, con pocas

variantes, el mismo para todas las infecciones intestinales agudas, pocos medicamentos pueden ser aconsejados.

Las *inyecciones subcutáneas de agua salada* al 7 por 1000, que tan buenos servicios prestan en las diarreas toxi-infecciosas febriles ó coleriformes, sólo están indicadas para la enfermedad que nos ocupa en algunos casos en los cuales el niño reacciona mal ó está muy deprimido.

El *benzonaftol*, asociado ó no á la *magnesia*, el *salicilato de magnesia*, el *salol*, etc., que parecen muy indicados, no dan más que resultados muy medianos y en la mayoría de los casos resultan inútiles.

Poco á poco se aumenta la cantidad de alimentos, pero durante mucho tiempo se ha de dejar al niño á régimen lácteo: á veces la leche de burra es la única que puede digerirse bien.

Pueden darse, además, al principio sopas de leche claras y muy cocidas, y más adelante cremas y purés ligeros, pero es preciso evitar toda precipitación.

El *régimen* del niño que ha padecido una enteritis grave y sobre todo varios ataques sucesivos, es, en efecto, de capital importancia y debe, por consiguiente, regularse con extremo cuidado. Los líquidos, como los sólidos, deben administrarse por raciones, pudiendo decirse, por regla general, que la alimentación ha de continuar siendo láctea en los niños mayores, mientras persista cualquier trastorno en la función intestinal.

Esa alimentación ha de componerse de leche, de sopas de leche preparadas con harinas de digestión fácil, de panetelas muy cocidas y coladas, de purés de legumbres, de frutas cocidas cuidadosamente mondadas y machacadas, de yemas de huevo, etc.

No conviene abusar de las sopas de caldo; los huevos no siempre son bien tolerados, y la carne y el pescado no deben darse hasta más adelante, si el niño es mayor de tres años, y siempre muy cocidos y desmenuzados.

Algunos niños no toleran la leche, ni siquiera aguada ni adicionada con agua alcalina, y la vomitan ó digieren con dificultad: estos niños tienen la lengua blanca y su aliento despide un olor desagradable de ácido butírico. En estos casos, como después de ciertas diarreas coleriformes, es preciso recurrir á la *carne cruda* rallada, y para facilitar la digestión de la misma está indicada la *limonada clorhídrica*.

La *pepsina* y la *pancreatina*, que con frecuencia se administran en tales casos, no son más que auxiliares poco importantes del tratamiento.

En estos niños, siempre expuestos á una recaída, ha de vigilarse muy de cerca la función del intestino. El estreñimiento constituye un peligro,

que es preciso combatir por medio de *masajes* suaves y metódicos del abdomen que exciten el intestino sin irritarlo; por la aplicación de *supositorios de manteca de cacao* ó de *glicerina* solidificada, por lavativas templadas de agua hervida, de *agua de malvavisco* ó de *manzanilla*, y en caso necesario por medio de laxantes, empleándose la *magnesia*, el *aceite de ricino*, el *maná* ó las pastillas de *manito* con preferencia á los calomelanos, reservados para las infecciones agudas y febriles.

Hay que evitar los enfriamientos, y para ello se cubrirá el vientre con una franela y se abrigará al niño suficientemente, pero sin exageración. Las fatigas y los *baños* prolongados ó demasiado fríos son igualmente perjudiciales: la *hidroterapia*, aun la más moderada, no siempre se tolera bien.

Cuando las deposiciones despiden un olor pútrido y cuando el aliento del niño es insípido, es preciso ponerse en guardia, porque es de temer una recaída: en este caso, se aconsejará inmediatamente la reanudación de la dieta láctea, un laxante y lavativas tibias.

Si á consecuencia de estos trastornos dispépticos presenta el niño una tendencia á la raquitis, será preciso recurrir, aunque con ciertas precauciones, á los preparados de *fosfato de cal*, los cuales estarán menos indicados si existen arenillas intestinales.

A menudo hay necesidad de administrar polvos alcalinos, tales como el *bicarbonato sódico*, la *magnesia*, el *salicilato de magnesia*, el *carbonato de magnesia*, etc.; pero es preciso no abusar de ellos.

En los niños ya crecidos, que padecen estreñimiento y están sujetos á accesos de enteritis mucosa con producción de arenilla intestinal, da á veces excelentes resultados una cura termal en *Châtelguyon, Carlsbad, Kissingen, Homburgo*, y en ciertos casos en *Plombières*.

Reclus ha sostenido en la Academia que la enteritis folicular constituía una predisposición á la apendicitis: el hecho es posible, aunque bastante raro. Si frecuentemente se encuentran folículos hiperplasiados en los apéndices extraídos por los cirujanos, débese esto á que la reacción de los folículos es una lesión común que puede ser debida lo mismo á un proceso local que á una infección general más ó menos específica. No quiere esto decir que no haya de vigilarse siempre atentamente al niño atacado de enteritis mucosa; pero es preciso abstenerse de extraerle el apéndice al primer síntoma alarmante.

VI

Diarreas crónicas

A. — CONSIDERACIONES GENERALES

Las diarreas crónicas son frecuentes en la infancia, especialmente en los niños de pecho.

Las causas á que obedecen son múltiples. Unas, de origen dispéptico, son, por lo menos en su origen, de orden puramente funcional; otras son ocasionadas y mantenidas por alteraciones de órganos, como las causadas por la tuberculosis ó la sífilis. En todas la persistencia del catarro intestinal puede motivar el desarrollo de lesiones intestinales ó viscerales más ó menos profundas y duraderas. Las primeras son las que ofrecen un estudio más interesante; de las demás no nos ocuparemos porque están descritas en capítulos especiales.

Los trastornos dispépticos y las infecciones gastro-intestinales agudas dejan á menudo en pos de sí una diarrea persistente si no se modifican las causas que las han originado. La mayor parte de las diarreas crónicas de los niños proceden de un catarro intestinal, ligero ó pirético, que ha sido primitivamente agudo y habría sido pasajero si no lo hubiese sostenido una alimentación mal regulada ó viciosa.

Estas diarreas tenaces, de origen dispéptico, presentan distintos caracteres según la edad y el régimen alimenticio de los niños. Señalaremos brevemente algunas variedades:

1.° Unas se observan en niños amamantados por su madre ó por una nodriza y reconocen á menudo por causa una reglamentación insuficiente ó viciosa de las tetadas; pero á veces son debidas evidentemente al mal estado de las vías digestivas del niño;

2.° Las que se observan en los niños alimentados con biberón son más frecuentes y más graves, y se presentan con diferentes caracteres;

3.° Los niños no alimentados exclusivamente con leche, y sobre todo los ya destetados, tienen diarreas crónicas ó con recaídas que ofrecen aspectos particulares;

4.° Finalmente, en los niños más crecidos, las diarreas crónicas, no originadas por una lesión orgánica, tienen mayor semejanza con las del adulto y son motivadas en gran parte por una alteración de la función del estómago.

B. — TRATAMIENTO

1.° **Diarreas persistentes de los niños criados al pecho**

A.— En los primeros meses de la vida, y á menudo desde las primeras semanas, preséntase á veces, sin causa apreciable, en los niños criados por su madre ó por una nodriza, una diarrea verde, biliosa, caracterizada por la emisión, en veinticuatro horas, de cuatro ó cinco deposiciones bastante abundantes, verdes y ácidas con cuajarones blancos. En estos casos no hay fiebre ni vómitos, el niño mama bien y con frecuencia aumenta regularmente de peso. Sin embargo, las digestiones parecen difíciles, obsérvanse emisiones gaseosas abundantes, cólicos frecuentes y algo de meteorismo; el vientre está demasiado abultado, hay á menudo un poco de eritema en las nalgas y el aspecto general no es absolutamente satisfactorio. Estos accidentes son debidos evidentemente á una mala elaboración del contenido del intestino y á un aumento de la secreción biliar, persistiendo en muchos casos semanas y meses, y traspasando, por consiguiente, los límites de una dispepsia simple. Frecuentemente tales accidentes se atribuyen á la nodriza, y, en efecto, basta á veces cambiarla para que desaparezcan, sobre todo si aquélla tiene una leche demasiado acuosa y abundante; pero en muchos casos persisten después del cambio de leche, y lo que mejor demuestra que dependen más del estado de las vías digestivas que de la calidad del alimento, es que una misma mujer puede criar simultáneamente un niño cuyas deposiciones son normales y otro que tiene diarrea verde (Parrot).

Estas diarreas, á pesar de su persistencia, no parecen muy alarmantes, y á menudo, cuando el niño aumenta de peso, nadie se preocupa gran cosa de ellas. Pero si no es preciso tratarlas con rigor cuando el niño se desarrolla normalmente, tiene buen semblante y está criado por su madre, es necesario preocuparse de ellas y combatirlas desde el momento en que el peso de aquél disminuye, porque este trastorno en la nutrición iría á parar directamente á la atrepsia ó á una infección grave.

B. — Al principio, el tratamiento será el de las dispepsias simples: se reglamentarán las tetadas, se darán más de tarde en tarde si es preciso, y se cuidará de que no sean insuficientes ni demasiado abundantes. Si el niño toma leche esterilizada además de la de su madre, se intentará prescindir de aquélla. Cinco ó diez minutos antes de cada tetada se dará agua de *Vichy* ó *agua de cal medicinal* á cucharaditas. Si es

necesario, se recurrirá á la *creta* asociada ó no al *bicarbonato sódico* ó á la *magnesia*, y en algunos casos se administrará *subnitrato* ó *salicilato de bismuto*, *benzonaftol*, ó *fosfato de cal*, y si estos polvos no dan resultado, se apelará al *tanino*, ó mejor, al *tanígeno* ó á la *tanalbina*, en dosis de 0gr,15 á 0gr,20, tres ó cuatro veces cada veinticuatro horas. Estos medicamentos, muy encomiados en Alemania, surten mejor efecto en las diarreas apiréticas y tenaces que en las infecciones agudas. De cuando en cuando se propinará una pequeña dosis de *calomelanos* (0gr,02 á 0gr,05), de *aceite de ricino* ó de *magnesia*, si se teme que se presenten accidentes de infección.

2.° Diarreas persistentes de los niños criados con biberón

A. — Las diarreas tenaces son muy comunes en los niños sometidos á la lactancia artificial: á veces la leche es de mala calidad ó está fermentada ó adulterada; á menudo no se la hace hervir ni se la esteriliza para destruir los gérmenes que en ella pululan y no siempre es de una limpieza irreprochable el biberón en que se la suministra. Esta leche se da muchas veces pura, y si se mezcla con agua, esta operación es ejecutada por ciertas madres sin discernimiento. A estas causas de dispepsias se agrega otra más importante todavía, cual es la de dar casi siempre demasiada leche á los niños criados artificialmente: esta leche se detiene en el estómago, fermenta en él y lo dilata, se estaciona en el intestino, lo recarga de un modo excesivo, altérase en él y puede de este modo ocasionar manifestaciones agudas de infección. En las evacuaciones se encuentra esa leche digerida de una manera incompleta. Las especies microbianas son más variadas y los microorganismos más numerosos en los niños criados con biberón que en los amamantados al pecho (Van Puteren, Seiffert).

En estas condiciones es natural que las dispepsias sean frecuentes y tenaces.

Los niños presentan á veces regurgitaciones y vómitos; pero los accidentes más importantes son trastornos intestinales. Además de las infecciones agudas, piréticas ó coleriformes que hemos estudiado anteriormente, se observa en ellos una serie de trastornos morbosos, casi siempre los mismos (Marfan y Marot).

El estreñimiento alterna á menudo con la diarrea; pero, ora sean demasiado compactas, ora demasiado líquidas, raras veces tienen las materias fecales su color normal, ofreciendo con frecuencia una mezcla de colores ó diversidad de matices. En los estreñidos son demasiado blancas

y presentan el aspecto de la almáciga; en los casos de diarrea, pueden continuar siendo blancas y fétidas, y entonces toman al contacto del aire un tinte de cardenillo, pero con frecuencia son verdes, pardas ó mezcladas. Esas materias contienen una porción considerable de grasa (Tschernoff), y este exceso de materia grasa, que oculta los pigmentos biliares, hace creer erróneamente en una hipocolia (Gillet y Marfan). Su reacción es variable y á menudo están mezcladas con moco en proporción anormal.

Los niños así amamantados son más bien voraces y bulímicos que inapetentes, ingieren cada día una gran cantidad de leche, tienen la lengua sucia, su aliento, sus evacuaciones y todo su cuerpo exhala un olor desagradable de manteca rancia y su jugo gástrico presenta un exceso de acidez notable, debido especialmente á la formación de ácidos de fermentación (Clopatt).

El vientre, al principio duro y meteorizado, se dilata y acaba por ser flojo y depresible: la palpación no causa dolores, pero á veces provoca evacuaciones. Las venas abdominales están dilatadas y algunas veces aparecen hernias; en las nalgas, en el contorno del ano y en todas las partes habitualmente en contacto con las materias fecales, fórmase un eritema que, después de haber sido sencillo ó vesiculoso, se convierte en erosivo y recuerda las lesiones de la sífilis hereditaria (sifiloides posterosivas de Jacquet).

La orina es poco abundante y contiene indican ó urobilina.

Lo que más llama la atención es el profundo detrimento que la nutrición ha sufrido. Si el niño es muy pequeño, llega casi fatalmente á la atrepsia, y si es mayor, vuélvese raquítico (Comby, Marfan). La delgadez de los miembros, cuyos músculos parecen atrofiados, contrasta con el desarrollo exagerado del abdomen; el tegumento está pálido y arrugado y el rostro ofrece un aspecto senil. El peso aumenta de un modo insignificante ó disminuye sensiblemente; los glóbulos rojos, los hematoblastos y la fibrina disminuyen; aumenta la proporción de los glóbulos blancos y la sangre se vuelve acuosa (Lesage).

De tarde en tarde prodúcense brotes de infección intestinal, y entonces el vientre se pone tirante y se meteoriza, las evacuaciones se hacen más frecuentes, más líquidas y más fétidas, preséntase la fiebre y el peso desciende rápidamente.

La muerte puede sobrevenir lentamente, sin sacudidas, á consecuencia de los progresos de la caquexia, ó bien puede ser originada por alguna de las complicaciones que tan frecuentes son en estos casos (púrpura, abscesos múltiples, broncopneumonías, etc.).

Cuando se hace la autopsia de estos niños, se encuentra el estómago retraído, especialmente en los recién nacidos, ó anormalmente dilatado. El intestino, cuando el vientre está abultado, se alarga de una manera notable (Marfan): generalmente es el intestino grueso, en extremo distendido, el que llena casi todo el abdomen y oculta en parte el intestino delgado y el estómago; sin embargo, en algunos casos el intestino que se dilata es el delgado, mientras que el grueso se retrae.

Casi siempre se encuentra en el estómago una alteración del epitelio y de las glándulas y algunas veces una verdadera esclerosis (Marfan); en el intestino existen alteraciones de las glándulas y de los folículos linfáticos (Baginsky).

Si el niño es muy pequeño y poco resistente, es muy difícil contener los funestos efectos de la lactancia artificial.

B.—La primera indicación que ha de cumplirse es modificar la alimentación.

Lo más conveniente es dar al niño una nodriza y reglamentar prudentemente las tetadas, de modo que aquél quede sometido á una dieta relativa mientras sus funciones digestivas no estén regularizadas.

Pero algunas veces es imposible tomar aquella determinación, y entonces es preciso comenzar por esterilizar la leche, aguarla si las deposiciones son demasiado compactas y espesas y *salarla* ligeramente (Bouchut); sobre todo hay que espaciar más las comidas y evitar que sean demasiado abundantes, pues vale más que durante algunos días la alimentación sea insuficiente que no excesiva.

Si se puede obtener leche de burra, se conseguirán de ella á veces buenos resultados. Si las deposiciones son fétidas y la lengua está sucia, el uso del kephir podrá ser beneficioso; pero desgraciadamente la calidad del kephir deja á menudo mucho que desear en Francia. En los niños de ocho á diez meses, si las evacuaciones son líquidas y abundantes, se obtendrán á veces buenos resultados con la carne cruda, administrada de la manera que hemos indicado anteriormente.

Es bueno dar, algunos minutos antes de cada comida, una cucharadita de agua de *Vichy*, algunos centigramos de *bicarbonato de sosa*, una pulgarada de un polvo compuesto de *bicarbonato sódico* y *creta* en partes iguales, un poco de *carbonato de magnesia*, ó de *magnesia* asociada al *benzonaftol*, etc. Después de las comidas puede administrarse una pequeña dosis de *pancreatina* ó de *papaína;* pero estos medicamentos no son generalmente de acción tan marcada como la *limonada clorhídrica*, cuyos efectos excelentes hemos apreciado, como Hénoch, en muchas ocasiones: dos cucharaditas antes ó después de las tetadas bastan.

Cuando á pesar del cambio de régimen continúen siendo líquidas las deposiciones, estarán particularmente indicados el *fosfato de cal*, los preparados de *bismuto*, el *tanígeno*, la *tanalbina* y algunas veces hasta el *nitrato de plata*.

Las aguas de *Carlsbad*, de *Vals* ó de *Châtelguyon*, metódicamente administradas, pueden regularizar las evacuaciones y prestar servicios positivos en los niños mayores de un año.

3.° Diarreas crónicas en los niños destetados

Las afecciones de las vías digestivas son frecuentes y graves después del destete. Hemos estudiado ya sus formas agudas, pero también se presentan bajo la forma crónica y pueden ser de muy larga duración.

Sucede á menudo que, después de las enteritis agudas foliculares, cesa la diarrea y aparece el estreñimiento. Entonces presentan los niños de tarde en tarde accesos febriles con inapetencia, fetidez del aliento y de las materias fecales, á consecuencia de los cuales evacúan durante algunos días materias mucosas y seudomembranosas. Los enfermos enflaquecen, se vuelven pálidos, están sujetos á erupciones urticáricas ó vesiculosas y recaen con una facilidad desesperante. Ya hemos indicado las precauciones que han de adoptarse y el régimen que ha de seguirse para evitar la reproducción de tales accidentes.

Por otra parte, en los niños prematuramente destetados, alimentados de una manera poco razonable con sopas ordinarias, legumbres, frutas, carnes y líquidos (cerveza, vino, té, aguardiente) impropios por el estado de sus vías digestivas, se ven aparecer á menudo trastornos digestivos tenaces, que reproducen, acentuándolo, el cuadro de los recién nacidos alimentados artificialmente.

En estos niños la diarrea es habitual: las deposiciones, grises, pardas ó verdes, y espumosas, contienen á menudo detritus alimenticios mal digeridos; son fétidas y abundantes; van precedidas de cólicos y seguidas de una sensación de escozor ó de quemazón en el ano. Fórmase eritema en las nalgas, el contorno del ano presenta un color encarnado y á menudo hay prolapso rectal.

El vientre aparece grueso, extendido, flojo ó hinchado y surcado de venas dilatadas; el hígado es voluminoso y la orina está cargada de indican y de urobilina.

El enflaquecimiento es constante, la piel se pone pálida, seca, arrugada y escamosa y se cubre de pelos en la espalda y en los miembros. Las deformaciones raquíticas del esqueleto son habituales y á veces muy

acentuadas. La estrechez del tórax y la delgadez de los miembros forman sorprendente contraste con el exagerado desarrollo del abdomen, del mismo modo que la inteligencia precoz de estos niños contrasta con su aspecto miserable.

Este estado de las vías digestivas es uno de los factores más importantes de la caquexia de miseria, tan frecuente entre los niños de las clases pobres, tan difícil de distinguir de la tuberculosis (Cadet de Gassicourt) y á la cual contribuyen en buena parte las infecciones.

B. — Cuando estas diarreas tenaces no son tuberculosas pueden curarse, sobre todo cambiando por completo el régimen del niño.

Para ello se hace necesario volver á la alimentación exclusivamente láctea y no dar durante mucho tiempo al enfermo otra cosa que leche esterilizada ó hervida, á intervalos cuidadosamente reglados. Al principio se añadirá á la leche *agua de cal* medicinal, agua de *Vichy* ó sal; más adelante, cuando el estado del intestino lo permita, se la adicionará con substancias feculentas para hacer con ellas papillas ligeras y muy cocidas.

Si la leche no da buen resultado, se probará el kephir ó la carne cruda. Mientras no se logre un éxito casi completo, importa sobremanera dar con perseverancia sea la leche, sea la carne cruda.

En estos casos, el *ácido clorhídrico* produce buenos efectos. También pueden ser muy útiles las aguas de *Carlsbad*, de *Plombières* ó de *Châtelguyon*.

El *tanino* y sus derivados *(tanígeno, tanalbina);* los astringentes *(ratania, monesia, catecú);* los polvos absorbentes *(creta, bismuto, fosfato de cal, talco,* etc.); los antisépticos insolubles *(benzonaftol, salicilato de bismuto, salol,* etc.); pueden emplearse útilmente cuando la diarrea persiste á pesar del cambio de régimen. En estos casos, está formalmente indicado el *opio* en forma de láudano, de elíxir paregórico, de extracto tebaico, etc.; pero dada la susceptibilidad de los niños para este medicamento, es preciso administrarlo en pequeñas dosis, prudentemente fraccionadas, y asociarlo, en una poción ó un polvo absorbente como el bismuto, ó á un astringente, como la ratania y el tanígeno, continuando su uso durante mucho tiempo. Los preparados de *fosfato de cal* son especialmente recomendables cuando hay deformaciones raquíticas.

Los *baños salados,* las *fricciones* estimulantes y los *masajes* metódicos del abdomen son á menudo útiles.

Las *lavativas* astringentes ó con almidón están plenamente indicadas en esas diarreas tenaces. Las lavativas tibias de agua hervida ó de agua de malvavisco tienen por objeto evitar el estancamiento de las materias fecales en el intestino.

En el curso de estas diarreas hay que apelar con frecuencia al empleo de los laxantes ligeros, sea á los *calomelanos* en muy pequeñas dosis, sea á las substancias salinas *(citrato de magnesia, sulfato de sosa, sal de Seignette)* á fin de evacuar el contenido del intestino y modificar las secreciones.

No debe desdeñarse la acción estimulante del aire puro. También se obtienen á veces resultados inesperados, cambiando simplemente el medio ambiente de los niños que parecían condenados á muerte.

4.° Diarreas crónicas de los niños crecidos

A. — En los niños de cinco á quince años se pueden encontrar, aparte de la tuberculosis y aun sin necesidad de echar la culpa de ellas á graves errores de régimen, diarreas tenaces, absolutamente parecidas á las que presentan ciertos adultos y cuya causa primaria es un trastorno de la función estomacal.

Nada más común que observar en los niños nerviosos y artríticos un estreñimiento pertinaz con accesos de enteritis mucosa ó seudomembranosa, digestiones lentas y difíciles, cefaleas, ineptitud para el trabajo, perturbaciones en el ritmo cardíaco, congestiones pasajeras del hígado, albuminuria intermitente, enfriamiento de las extremidades, artropatías, etc.

En condiciones análogas encuéntranse diarreas persistentes: en tal caso se trata de niños flacos, pálidos y á veces hinchados, que tienen la lengua saburral, los dientes y las encías alterados y el aliento fétido. El estómago está más ó menos dilatado y bazuquea. Son frecuentes los cólicos, y las deposiciones, casi siempre líquidas, son fétidas y á menudo espumosas. El jugo gástrico contiene muy poco ácido clorhídrico y muchos ácidos de fermentación. La orina es rica en indican y raras veces albuminosa. Estos enfermos se fatigan al menor esfuerzo y son incapaces para el trabajo.

B. — La curación es con frecuencia muy lenta. Generalmente se comienza por emplear, sin gran éxito, los preparados *opiados,* los polvos absorbentes, los astringentes, etc.; mas ningún resultado positivo se obtiene si no se modifica seriamente el régimen.

Estos enfermos suelen tolerar mal la leche y lo propio sucede con la carne cruda. Las sopas muy cocidas, espesas y desengrasadas, los purés de legumbres secas, el arroz, los macarrones, las pastas, los huevos pasados por agua, las carnes tiernas y muy cocidas dan mejores resultados. El ácido clorhídrico suele ser útil.

Durante algún tiempo conviene administrar al enfermo, todas las mañanas, una ligera dosis de un agua laxante *(Hunyadi Janos, Pullna, Montmirail*, etc.) ó una sal neutra *(sulfato de sosa, sulfato* ó *citrato de magnesia)* en muy pequeña cantidad y propinar luego, antes de cada comida, una pequeña dosis de opio *(láudano, elixir paregórico, gotas negras inglesas,* etc.). Está asimismo muy indicado el fosfato de cal en forma de *cocimiento blanco de Sydenham* ó de *glicero-fosfato.*

En estos casos se logran resultados excelentes con las aguas de *Plombières* y de *Carlsbad.*

VII

Atrepsia

A. — CONSIDERACIONES GENERALES

La atrepsia (atrofia infantil, atrofia gastro-intestinal, desnutrición progresiva, etc.) ha sido considerada por Parrot, que ha trazado el cuadro de la misma de una manera magistral, como una enfermedad especial que se presenta bajo dos formas, á saber:

Una forma aguda, cuya descripción reproduce manifiestamente la de las infecciones intestinales, piréticas ó álgidas, por lo que nos abstenemos de ocuparnos de ella para no incurrir en repeticiones;

Y una forma subaguda ó crónica, especie de estado caquéctico más ó menos complejo, que casi fatalmente ocasiona la muerte.

Sin embargo, en la actualidad no podemos mirar este asunto de la misma manera. La atrepsia no es una enfermedad, sino una manera de terminar varias enfermedades: es una especie de distrofia general y profunda que se ve aparecer en el recién nacido puesto en malas condiciones de nutrición; es la caquexia del niño que apenas ha cumplido los tres meses. En el origen de este estado morboso se encuentran casi siempre trastornos digestivos, que si en los primeros meses de la vida ocasionan la atrepsia, más adelante producen una perturbación de la nutrición, que se manifiesta especialmente por la aparición del raquitismo.

Entre los niños que se atrofian, unos están evidentemente predispuestos á ello por su debilidad innata, por una deformación congénita ó por una enfermedad hereditaria, y otros, que parecen bien constituídos, son víctimas de las condiciones deplorables en que se encuentran colocados. En el hospital, en las casas de expósitos y, en general, en las aglomeraciones de niños, la atrepsia es frecuente aún hoy día, y antes puede

decirse que era poco menos que fatal, atribuyéndola Hervieux, no sin razón, á una especie de septicemia nosocomial. Puede ser debida á una lactancia insuficiente, y en tal caso se observa entre los niños cuya madre tiene un pecho mal formado, un pezón demasiado corto, grietas, abscesos, etc., ó entre aquellos cuya nodriza está enferma ó tiene poca leche y entre aquellos á quienes intencionadamente se mata por inanición. Generalmente, empero, no es cantidad de leche lo que falta, sino calidad. La atrepsia es más á menudo consecuencia de una alimentación mal digerida, demasiado abundante y mal distribuída, y sobre todo de la alimentación artificial con leche de vaca, aun hervida ó esterilizada, que de la privación de la leche.

Y aquí encontramos las causas habituales de las dispepsias y de las infecciones intestinales, que son la causa determinante más común de la atrepsia.

Después de haber presentado durante algún tiempo trastornos digestivos más ó menos alarmantes, es cuando se observa que disminuye progresivamente el peso de los niños, que éstos enflaquecen, pierden volumen y se transforman. Todo el organismo sufre y parece secarse: la boca se ensancha, las prominencias óseas de los pómulos se acentúan, la piel se adelgaza, palidece, se pigmenta y se cubre, en la frente y en las mejillas, de arrugas profundas; los ojos se hunden y la fisonomía recuerda la de un viejo demacrado ó de un mono. Las fontanelas se deprimen, los huesos del cráneo se mueven y la córnea se seca y se enturbia. La piel de la cara toma un tinte azulado; la del cuerpo se seca y se apergamina, se cubre de pelos y se arruga, como envoltura demasiado ancha para las partes que cubre.

A nivel de los talones y de los maléolos, alrededor del ano y en los grandes labios aparecen ulceraciones. El vientre está blando, flojo ó anormalmente dilatado y surcado de venas azules, cubriéndose á menudo de manchas purpúreas en los últimos días de la vida.

La mucosa bucal pónese roja, pegajosa y ácida, y frecuentemente se cubre de muguet y se producen ulceraciones á nivel del frenillo de la lengua, en el labio inferior, en las comisuras y especialmente en la bóveda del paladar, á nivel de la eminencia de las apófisis pterigoides (placas pterigoideas de Parrot).

El niño, que al principio prorrumpía en gritos violentos y manifestaba de este modo su sufrimiento, se vuelve más silencioso; sus gritos se debilitan y se hacen monótonos (grito de angustia de Parrot) y acaban por extinguirse. La sed parece viva, pero el niño apenas ha cogido el pezón lo deja en seguida. El enfermo permanece inmóvil

con las piernas dobladas y los dedos de las manos y de los pies en flexión.

Muchas veces se calma la diarrea y aun acontece que cesa, volviendo á ser normales las deposiciones. La orina es poco abundante ó nula y las pocas gotas emitidas son espesas, están cargadas de uratos y dejan un depósito cristalino sobre el prepucio. La respiración se acelera, pero es superficial; el pulso se debilita y se hace más lento y la temperatura baja gradualmente y desciende á menos de 36°. La sangre es espesa, como concentrada; las pupilas se contraen y el niño queda sumido en un letargo comatoso y acaba por morir sin sacudida alguna, siendo casi imposible apreciar el momento del tránsito de la vida á la muerte.

A menudo se observan eritemas simples ó vesiculosos que pueden ser punto de partida de ulceraciones, erupciones penfigoideas, de abscesos múltiples y aun de placas de esfacelo. Las otitis supuradas son casi constantes, pero sólo excepcionalmente producen la perforación del tímpano. El desenlace de la enfermedad puede precipitarse á consecuencia de una broncopneumonía, de una erisipela ó de una peritonitis, que no llegan á hacer cesar la hipotermia.

Al practicarse la autopsia de estos niños, se encuentran en ellos muy pocas lesiones. La piel es seca, escamosa y adelgazada; la boca y á veces la faringe, el esófago y aun el estómago, están cubiertos de muguet; el estómago, comúnmente dilatado, presenta una mucosa gris pálida con un punteado hemorrágico en algunos casos y algunas alteraciones histológicas, que son las huellas de la infección gastro-intestinal originaria. El intestino delgado está pálido, adelgazado, atrofiado; el hígado aparece ordinariamente grasoso ó jaspeado; los riñones, congestionados, presentan infartos uráticos y lesiones epiteliales; el bazo es pequeño y blando, y el páncreas, por lo común poco voluminoso, tiene un color pálido. Los pulmones están atelectasiados en sus partes inferiores; el corazón es pequeño y amarillento, y la substancia cerebral blanca presenta á veces manchas de esteatosis. Todos los órganos llevan impresa la huella, no sólo de una atrofia, de una especie de secamiento de sus tejidos, sino, además, de una infección cuyos agentes se descubren en algunos casos.

Este estado se explica primeramente por una infección gastro-intestinal y después por un trastorno de la asimilación, que probablemente es resultado del daño experimentado por el aparato digestivo, por la mucosa del estómago y del intestino, por las glándulas, por el sistema linfático y por el hígado. Se observa algunas veces en los niños insuficientemente alimentados, pero sobre todo es consecuencia de la lactancia con biberón. No se explica solamente por una pérdida de líquidos, pues la toxi-infec-

ción que lo ha originado se encuentra, más ó menos evidente, en todos sus estadios.

Cuando la atrepsia está perfectamente caracterizada, son muchas las probabilidades de que el niño fallezca á pesar de cuanto se intente para salvarlo.

B. — TRATAMIENTO

Para curar una atrepsia no ha de recurrirse tanto á los medicamentos como á los verdaderos modificadores de la nutrición.

En primer lugar, ha de cambiarse el sistema de alimentación. Si el niño mama, se procurará, para empezar, ordenar las tetadas distribuyéndolas más racionalmente, y si persiste la disminución de peso, se variará de nodriza, aun cuando la que críe al niño tenga, al parecer, leche suficiente.

Si el niño se cría con biberón, se le pondrá nodriza, y en caso de que esto sea imposible, se probará de darle leche aguada, leche maternizada, etc., á pesar de lo cual no se conseguirá generalmente ningún resultado.

Es preciso medir con mucho cuidado las comidas, no dando al niño más que aquello que pueda digerir y dejándole tiempo para que digiera.

Si se presentan vómitos, como acontece con mucha frecuencia, porque algunos niños vomitan durante semanas enteras una parte de la leche que maman, se procederá á los *lavados del estómago* con *agua de Vichy* y algunas veces se apelará á la *cocaína* ó al *agua cloroformizada* diluída en agua.

Si hay diarrea, se dará *agua de cal, creta, talco, tanígeno* y hasta de tarde en tarde una dosis muy pequeña de *calomelanos;* pero este tratamiento de los trastornos dispépticos raras veces basta para contener los progresos de la desnutrición si no se echa mano de medios más activos.

Las *inyecciones* subcutáneas de *agua salada* al 7 por 1000, practicadas tres ó cuatro veces al día, á la dosis de 10 gramos cada vez, si hay diarrea, y á la de 2 á 5 gramos si no la hay, pueden en algunos casos procurar verdaderas resurrecciones. Estas inyecciones, cuya fórmula puede variarse (suero de Hayem, de Cheron, etc.), son uno de los más poderosos estimulantes de la nutrición que cabe emplear.

Es necesario aplicarlas seguidamente durante mucho tiempo, pero á la larga presentan inconvenientes, que es fuerza conocer. Cuando se practican por espacio de muchas semanas y en cantidad excesiva, acaban por ocasionar una disminución notable en la cifra de la hemoglobina, disminución que se manifiesta por la palidez del niño. En cambio, la cifra de

los glóbulos rojos varía muy poco; de modo que estas inyecciones realizan, al parecer, un lavado de la sangre.

En estos casos, pueden interrumpirse temporalmente y continuarlas algunos días después, si es preciso, ó sustituir la solución de ClNa á 7 por 1000 por un suero más concentrado, como el de Cheron.

Estas inyecciones producen á veces accesos febriles en los niños infectados y especialmente en los tuberculosos, no siendo raro observar, después de una simple inyección de 10 centímetros cúbicos, que la temperatura se eleva á más de 39°. Pero si, á pesar de esto, se sigue aplicándolas, después de las inyecciones siguientes la reacción es cada vez menos marcada. Esta reacción suele ser nula en los atrépsicos, quienes toleran las inyecciones perfectamente ó experimentan á lo sumo una ligera excitación.

La *aereación* constituye otro punto de capital importancia. Es preciso proteger á los niños contra el frío, con tanto mayor cuidado cuanto menos bien se defienden aquéllos contra las variaciones de la temperatura exterior; pero es muy conveniente exponerlos al aire y aun al sol, abrigándoles la cara. En el hospicio de Enfants-Assistés, á los atrépsicos y á los sifilíticos se les coloca en verano todo el día en el patio ó en el jardín, bien abrigados y protegidos contra las corrientes de aire y contra el sol por una especie de tienda, dándose el caso singular de que se curan más en verano que en invierno, no obstante la acción nociva, reconocida por todo el mundo, del calor sobre las afecciones gastro-intestinales. Muchas veces he recurrido con muy buen resultado á los baños de aire comprimido, pero la aplicación de este medio terapéutico es forzosamente muy limitada.

Cuando el niño es pequeño y ruin y no equilibra su temperatura, hecho común en los partos prematuros y muy frecuente en los atrépsicos, es conveniente colocarlo en una incubadora, con lo cual se le evita una pérdida inútil de calórico. De todos modos, es necesario abrigar mucho á los niños débiles y tenerlos muy limpios.

C. — TRATAMIENTO DE LAS COMPLICACIONES

Es inútil dedicar mucho espacio al estudio del tratamiento de las complicaciones.

Los eritemas se curarán con *bismuto* ó *talco:* esta cura es la mejor manera de tratar las supuraciones múltiples de la piel, las vesículas penfigoides, las pústulas, etc., que aparecen en la piel con tanta frecuencia, y sirve especialmente para evitar la propagación de estas lesiones.

El muguet se tratará con colutorios de *borato de sosa* y lavados de la boca con *agua de Vichy*. El mejor medio para que desaparezca rápidamente es, en mi concepto, el *lavado del estómago* con agua de Vichy templada practicado dos veces al día.

Basta proteger las ulceraciones cutáneas contra las infecciones secundarias: esas ulceraciones de la piel, lo mismo que las de las mucosas, se curarán espontáneamente cuando mejore el estado general del niño.

El punto capital, el que está por encima de todo, consiste en dar al niño una buena nodriza.

CAPITULO XXVI

TRATAMIENTO DE LA ATREPSIA

POR

H. RICHARDIÈRE

Médico del Hospital Trousseau

TRADUCCIÓN DE JOSÉ GÓNGORA

I

Consideraciones generales

A. — NATURALEZA Y CARÁCTER DE LA ATREPSIA

La atrepsia es un estado morboso peculiar de los recién nacidos, causado por trastornos digestivos y que acarrea una caquexia particular. Este estado morboso, frecuente en los primeros meses de la vida, no se observa más allá del cuarto ó del quinto mes.

La atrepsia, que debe su nombre, su descripción clínica y anatómica y, en una palabra, su creación á los trabajos de Parrot, no es hoy considerada como la consideraba el malogrado profesor.

Parrot, en efecto, consideraba la atrepsia como una entidad morbosa con causas y síntomas propios: era, según él, una enfermedad autónoma que, comenzando por trastornos digestivos, terminaba por una caquexia especial.

En la actualidad, las tendencias son algo diferentes. Consérvase la concepción del tipo morboso de Parrot concerniente á una desnutrición especial de los niños de pecho; pero no se quiere ver por lo general en ese tipo morboso una enfermedad autónoma, sino que se considera la atrepsia más bien como un síndrome, como una caquexia con que termina la mayoría de las dispepsias gastro-intestinales subagudas ó crónicas de los niños de teta.

La descripción de Parrot, que ha demostrado que la desnutrición de los recién nacidos iniciada por la dispepsia gastro-intestinal se caracterizaba por un conjunto de síntomas caquécticos especiales, sigue siendo incontestable é incontestada; pero se admite que este conjunto de síntomas caquécticos es un síndrome que puede ser originado por muchas variedades de trastornos gastro-intestinales.

Desde este punto de vista, la atrepsia es á las infecciones gastro-intestinales de los niños de teta lo que la ictericia grave á las afecciones del hígado, lo que la uremia á las afecciones del riñón. Así apreciada, la atrepsia sigue siendo una caquexia *especial*, que puede diferenciarse de las demás caquexias de los recién nacidos (sífilis, tuberculosis, etc.) por el hecho capital de tener su causa en un trastorno de las funciones digestivas y de ir siempre precedida de síntomas de dispepsia.

Las causas de los trastornos digestivos, origen de la atrepsia, son múltiples. Si estos trastornos se prolongan durante algún tiempo y revisten intensidad, pueden complicarse con alteraciones inflamatorias de los órganos digestivos, con infecciones é intoxicaciones que constituyen el conjunto sintomático de la atrepsia confirmada.

B. — ETIOLOGÍA

En el tratamiento de la atrepsia, es preciso tener en cuenta las causas de este estado morboso.

La causa principal de la atrepsia es la *alimentación defectuosa de los recién nacidos.*

Todo recién nacido ha de ser alimentado por su madre ó por una nodriza, y siempre que no se practica la lactancia con leche de mujer es de temer que se presente la atrepsia. Sin embargo, aun con la lactancia así practicada, la atrepsia es posible, pudiendo ser observada en los niños cuyas nodrizas siguen una higiene alimenticia defectuosa, ó en aquellos que maman con excesiva abundancia. No obstante, es muy rara en la lactancia natural.

Con frecuencia preséntase esta enfermedad en los niños criados artificialmente. Muy temible en otro tiempo, la atrepsia es cada vez más rara desde que se conoce la importancia de la esterilización de la leche, de la asepsia de los biberones y de los frascos en que la leche se conserva.

Además de la alimentación defectuosa, son causas de la atrepsia la falta de limpieza de los niños, de los vestidos y de las ropas de cama, la aglomeración de criaturas y su acumulación en locales mal aireados. La atrepsia es sobre todo frecuente en las aglomeraciones de niños.

La temperatura elevada, que favorece la fermentación de la leche y de las bebidas alimenticias (agua azucarada, cocimientos de arroz y de cebada, substancia de pan) es condición muy propicia para el desarrollo de la atrepsia.

Ciertas enfermedades ejercen perniciosa influencia, entre ellas el coriza, tan frecuente en los niños de teta, y cuya acción sobre la desnutrición es puramente mecánica: el niño que la padece sólo puede respirar por la boca, y si se alimenta al pecho, la respiración está casi enteramente suspendida durante la succión del seno cada vez que mama, razón por la cual el niño cesa instintivamente de mamar después de haber tragado los primeros sorbos, y á veces se resiste de una manera absoluta á tomar el pecho.

Todas las enfermedades, al perturbar las funciones digestivas, pueden traer consigo la dispepsia que prepara la atrepsia. En esta regla general no hay excepciones: la sífilis y la tuberculosis en particular preparan con mucha frecuencia la atrepsia por los trastornos que ocasionan en las funciones digestivas.

Los niños nacidos antes de tiempo, aquellos á quienes con gran dificultad se ha vuelto á la vida después de haber nacido en estado de muerte aparente, los deformes ó mal conformados, están especialmente predispuestos á la atrepsia.

C. — DIAGNÓSTICO

La atrepsia aparece ora después de una gastro-enteritis de curso agudo, ora á consecuencia de trastornos digestivos de curso lento. En algunas ocasiones, desarróllase en niños que no han presentado todavía síntomas de dispepsia, pero cuya nutrición no se verifica de una manera regular.

Parrot ha descrito en la atrepsia tres períodos.

En el primero (período gastro-intestinal) casi únicamente existen los trastornos digestivos; los vómitos y sobre todo la diarrea dominan la escena morbosa. En este período es cuando tiene más probabilidades de éxito la intervención terapéutica.

En un segundo período (período hemático), los trastornos digestivos persisten y se agravan, agregándose á ellos otros síntomas, que revelan cuán profundamente atacadas están la nutrición y la vida. El enflaquecimiento hace rápidos progresos de día en día; la piel se marchita y se seca, toma una consistencia pastosa, que fija sus pliegues en una actitud permanente y se cubre de erupciones (eritema de las nalgas y de los miembros inferiores) y á veces de ulceraciones producidas por el simple

roce de la ropa de cama. Durante este período, los niños prorrumpen á menudo en gritos llamados de angustia.

En el tercer período (período caquéctico), la atrepsia confirmada es las más de las veces incurable. Los vómitos y la diarrea cesan en algunos casos, pero con más frecuencia persisten y se reproducen cada vez que se intenta dar alimento al enfermo. La orina disminuye y en algunas ocasiones queda totalmente suprimida; casi todas las funciones están profundamente perturbadas; la respiración es lenta, irregular y débil, y la circulación se debilita hasta el punto de hacerse difícilmente perceptibles los latidos del corazón y de ser imposible encontrar el pulso. En este período el aspecto del atrépsico es casi característico.

El enflaquecimiento llega á un punto tal, que la grasa desaparece por completo y la piel parece pegada á los huesos: la piel de la cara, demasiado ancha para los tejidos que cubre, se arruga y forma pliegues, dando al niño un aspecto de mono.

La temperatura del cuerpo es casi siempre inferior á la normal.

Con este aspecto, los niños permanecen inertes en el estado de muerte aparente, y cuando llegan á ese grado de debilitación agravada por la resistencia á tomar el pecho y la imposibilidad de tragar ni siquiera unos sorbos de leche, no tardan en sucumbir.

II

Tratamiento profiláctico

La atrepsia es debida las más de las veces á un defectuoso sistema de alimentación de los recién nacidos ó á faltas cometidas contra la higiene alimenticia.

De aquí que antes de estudiar el tratamiento de la atrepsia confirmada sea preciso decir cómo puede evitarse. Para ello es necesario recordar las reglas que deben seguirse en la lactancia: la observación escrupulosa de estas reglas constituye la profilaxia de la atrepsia que, de hecho, tiene todo el valor de un método terapéutico.

A.—LACTANCIA

Todo recién nacido debe ser alimentado, si es posible, por su madre: la lactancia materna es una necesidad moral, social y fisiológica y los consejos de los médicos deben dirigirse á hacer comprender á las madres que están en el deber de criar por sí mismas á sus hijos.

Sólo en determinadas circunstancias (por razón del estado de la madre, si se teme que esté tuberculosa ó que padezca de otras enfermedades orgánicas) debe dejar de aconsejarse la lactancia materna.

Fuera de estas condiciones morbosas, aquella lactancia debe intentarse siempre, y únicamente será oportuno apelar á una nodriza después de una tentativa suficientemente larga para adquirir la certeza de que la madre no tendrá bastante leche, pero no tan prolongada que de la prueba pueda salir perjudicado el niño. Por lo general, cuatro ó cinco días á lo sumo bastan para saber si será bastante abundante la secreción láctea (1).

En defecto de la madre, debe el niño ser alimentado por una nodriza.

Conocidas son las razones por las cuales es preferible tomar una nodriza que haya parido dos meses antes poco más ó menos. Si hace mucho tiempo que parió, su leche convendría menos al niño, y si el parto ha sido más reciente, sería más difícil descubrir la sífilis en su hijo.

La elección de una nodriza es siempre cosa delicada, y por más precauciones que se tomen, por más que se escoja la mejor entre cien, no podrá asegurarse que la elegida conviene al niño. Ni el estado de los pechos, ni la abundancia de la leche, ni el excelente aspecto del hijo de la nodriza son garantías seguras de que será una buena ama: sólo la experiencia demostrará si conviene ó no al niño cuya lactancia le es confiada.

Por otra parte, pronto está hecha la prueba: si el niño aumenta regularmente en la cantidad de gramos normal; si sus deposiciones son amarillas, de buen aspecto y en número de tres ó cuatro al día, es prueba de que la nodriza reune buenas condiciones y de que el niño amamantado por ella prosperará. En caso contrario, no debe prolongarse el ensayo más de lo conveniente, y es preciso cambiar de ama sin vacilar: una determinación pronta es á menudo tanto más necesaria cuanto que, cuando se toma, las más de las veces el niño ha sufrido ya las consecuencias de la mala alimentación y puede rápidamente volverse atrépsico, si la nutrición sigue siendo defectuosa.

B.—REGLAS PARA LA LACTANCIA NATURAL

La lactancia natural, sea por la madre sea por una nodriza, está sujeta á ciertas reglas cuya negligencia es, en muchos casos, causa de dispepsias y un obstáculo para el buen éxito de este sistema de alimentación.

Estas reglas se refieren unas á la nodriza y otras al niño.

(1) En algunos casos, la madre habría podido ser un ama excelente, pero no ha podido dar el pecho á causa de las escoriaciones ó grietas del pezón. Este accidente puede evitarse cuidando debidamente los pezones en los últimos meses del embarazo.

El número de tetadas ha de estar metodizado, pues nada hay más funesto que la costumbre de ciertas mujeres de dar el pecho al niño en cuanto éste empieza á gritar, á pretexto de que tiene hambre y pide teta. El estómago es un órgano de funciones intermitentes, lo mismo en el recién nacido que en el adulto, y necesita descansar á intervalos regulares. Es preciso, por consiguiente, que entre una y otra tetada transcurra cierto tiempo: una refacción cada dos horas durante el día y cada cuatro durante la noche es suficiente en los cuatro ó cinco primeros meses. Más adelante pueden retardarse más.

La reglamentación del número de tetadas debe hacerse desde el principio de la lactancia, y aunque no siempre es esto cosa fácil se consigue casi siempre dejando, sin temor, que el niño grite en los primeros días. Los recién nacidos se dejan dominar por la costumbre, y cuando se les somete á una regla, no piden el pecho más que en los intervalos necesarios.

La duración de las tetadas no es indiferente: una tetada demasiado corta es insuficiente para la alimentación del niño; si es demasiado larga, resulta fatigosa para éste y para la madre. La duración de una tetada normal no ha de exceder de diez á quince minutos.

C.—HIGIENE DE LA NODRIZA

La higiene de la nodriza exige suma vigilancia.

Desde el punto de vista del régimen alimenticio, es conveniente que la alimentación de la nodriza no difiera mucho de la ordinaria. Cuando se trata, como sucede casi siempre, de una campesina, es malo hartarla de carne que antes apenas comía. La carne en pequeña cantidad, las legumbres, y sobre todo las substancias feculentas bajo todas sus formas, convienen á las nodrizas más que una alimentación demasiado animalizada. Los manjares indigestos, la caza, los alimentos susceptibles de fermentación, y en especial las conservas, deben ser proscritos: las substancias nocivas que estos alimentos pueden contener, las toxinas animales, pasan á la leche y pueden ocasionar en el niño trastornos digestivos más ó menos graves. Las bebidas que consuman las nodrizas han de contener muy poco alcohol: la cerveza floja mezclada con agua, el agua azucarada, los cocimientos de arroz y de cebada son preferibles al vino. El alcohol es perjudicial á la nodriza y al niño. Vallin ha demostrado que las bebidas de las nodrizas eran con frecuencia demasiado ricas en alcohol, y que el abuso de éste podía ser causa de graves trastornos en la salud de los niños.

El régimen dietético de las nodrizas comprende, además, frecuentes salidas al aire libre, ejercicios moderados y ocupaciones regulares que no produzcan fatiga.

Tienen también importancia en las nodrizas ciertas particularidades de las funciones genitales. El embarazo ha de ser motivo para suspender la lactancia; las menstruaciones no la contraindican en absoluto, pero no hay que olvidar que durante las reglas, la leche de las amas puede en algunos casos ser causa de trastornos digestivos.

Asimismo debe vigilarse la limpieza personal de la nodriza; los pechos han de ser limpiados con frecuencia, pues es preciso evitar que el niño, al mamar, absorba junto con la leche microbios nocivos, que pueden situarse en la superficie de los pezones. Para impedir la absorción de gérmenes nocivos deben lavarse los pechos, antes y después de cada tetada, con algodón hidrófilo empapado en una solución de *agua boricada*.

D.—HIGIENE DEL NIÑO

El niño ha de estar envuelto en ropas de limpieza irreprochable; los baños frecuentes están hoy bastante generalizados para que no sea preciso recomendarlos á los padres. No por ser menos usados son menos necesarios los lavados de la boca y de los labios, que deberían practicarse comúnmente antes y después de las tetadas.

El lavado de la boca con algodón empapado en agua boricada, practicado después de cada tetada, tiene la ventaja de impedir que queden en aquélla coágulos de leche, los cuales constituyen un medio de cultivo especialmente favorable al desarrollo de los gérmenes que pululan en la cavidad bucal.

E.— LACTANCIA ARTIFICIAL

La leche de mujer es el único alimento que debería absorber el niño; pero desgraciadamente la lactancia natural no siempre es posible. Sin hablar de las condiciones patológicas especiales, y en particular de la sífilis, que hacen las más de las veces imposible la lactancia por una nodriza en defecto de la madre, hay ciertas condiciones de posición social ó de fortuna que obligan á los padres á recurrir á la lactancia artificial. Cuando la lactancia natural es impracticable, precisa de toda necesidad apelar á la leche de un animal, porque sólo la leche puede ser digerida por los recién nacidos.

La lactancia artificial ofrecería grandes probabilidades de éxito si la

leche empleada fuese idéntica en su composición á la de mujer; pero desgraciadamente las leches de animales difieren todas más ó menos de ésta. El siguiente cuadro (trazado según Saint-Yves-Menard y Gautrelet) demuestra claramente la diferencia de composición de diversas leches de animales domésticos, comparadas con la de mujer.

ELEMENTOS ANALIZADOS	MUJER	VACA	CABRA	BURRA
Densidad á 15°	1034	1032'5	1031'8	1030'2
	Gr	Gr.	Gr.	Gr.
Azúcar de leche.	62'30	59'40	42'40	56'22
Manteca.	39'40	38'20	40'04	36'65
Caseína ó albúmina. . . .	22'60	35'50	37'00	22'80
Cloruro sódico.	1'10	2'50	1'62	2'61
Otras sales.	3'40	6'03	3'48	4'27

Por este cuadro se ve que la leche de burra es la que más se acerca á la de mujer, desde el punto de vista de la riqueza en caseína. Por consiguiente, esta leche es la que más convendría usar; sin embargo, su uso es muy poco frecuente por la dificultad de proporcionársela, aparte de que su precio es muy elevado, por lo que en las ciudades hay que renunciar casi en absoluto á servirse de ella para la alimentación de los niños.

En las casas de expósitos y en los asilos de niños, la lactancia con leche de burra se ha ensayado con buen éxito y ha prestado grandes servicios. En el hospicio de Enfants-Assistés, de París, se ha alimentado con leche de burra á algunos niños sifilíticos y á otros para quienes la lactancia natural era imposible: los niños tetaban directamente del animal, quedando de este modo suprimido el empleo de los biberones, cuya conservación y asepsia son tan difíciles, y los resultados conseguidos han sido bastante satisfactorios para que en determinadas condiciones, y en especial en el campo, sea recomendable y pueda tener completo éxito la lactancia por una burra mamando el niño directamente de la teta del animal.

Pero esto únicamente en circunstancias excepcionales, ya que en la lactancia artificial es preciso recurrir generalmente á la leche de vaca.

Uno de los inconvenientes que ésta ofrece es su excesiva riqueza en caseína (37 gramos en vez de 22 que tiene la de mujer) y el exceso de sales de cal, que hacen más difícil su digestibilidad. Para hacerla más fácilmente digerible se ha propuesto precipitar parcialmente la caseína y

quitar el exceso de sales por medio del citrato de soda (Wright). A estas leches así preparadas se les da el nombre de *leches humanizadas* (1).

En resumen, la leche de vaca natural, sin modificación alguna en su composición, es la que ha de emplearse casi siempre para la lactancia artificial.

Por otra parte, muchos de los inconvenientes inherentes á a lactancia con leche de animal han desaparecido desde que se ha generalizado el uso de la leche esterilizada, hoy adoptada casi universalmente. Gracias á la esterilización, pueden evitarse poco menos que por completo las alteraciones y fermentaciones de la leche, con lo cual quedan suprimidos los trastornos digestivos que son consecuencia del uso de leches fermentadas ó cargadas de microbios. En estas condiciones, los inconvenientes de la leche de vaca se reducen á su digestibilidad, menos fácil que la de la leche de mujer.

En la actualidad, cuando la lactancia natural es imposible, indícase siempre la lactancia con leche esterilizada, que en la mayoría de los casos da resultados excelentes y ofrece una garantía casi absoluta desde el punto de vista de la profilaxia de la atrepsia.

F. — ESTERILIZACIÓN DE LA LECHE

Ordinariamente se emplean dos clases de leche esterilizada: 1.° la leche esterilizada por los procedimientos industriales y vendida á punto de ser utilizada; 2.° la leche esterilizada directamente por las familias por medio de aparatos de fácil manejo.

Varios cargos se han dirigido contra estas dos clases de leche.

Las leches esterilizadas que se encuentran en el comercio—se ha dicho—están sometidas á temperaturas muy elevadas, que forzosamente han de influir en su constitución molecular ó química y perjudican tal vez á su valor nutritivo. Por otra parte, algunos médicos, teniendo en cuenta la exagerada confianza que merece la preparación de estas leches ejecutada en grande escala y la seguridad que parecen ofrecer de una larga conservación, han hecho que pudiera administrarse inconsideradamente el contenido de algunas botellas que por una causa cualquiera se hubiese alterado, originándose con ello ciertos accidentes.

En cuanto á las leches preparadas por las familias, se les ha opuesto el reparo de que su esterilización ha de ser defectuosa, porque la temperatura á que se las somete no mata los esporos que contienen. Además, entre

(1) Hemos tenido ocasión de ensayar varias veces la lactancia con leches humanizadas ó maternizadas, y los resultados que hemos obtenido no nos animan á recomendarlas.

el momento en que la leche es ordeñada y aquel en que se practica la esterilización, los microbios han tenido tiempo suficiente para segregar toxinas sobre las cuales ninguna acción ejerce el calor y pueden, por ende, ser causa de intoxicación del niño.

En realidad estas objeciones no tienen la importancia que á primera vista pudiera atribuírseles, pues la observación ha demostrado que con las leches esterilizadas del comercio aumenta el peso de los niños y prosperan éstos admirablemente. En segundo lugar, es fácil comprobar, cada vez que se destapa una botella, el estado de conservación de la leche: basta para ello probarla antes de dársela al niño. Por lo que toca á la esterilización de la leche ejecutada por las familias, aunque en verdad no es rigurosa, puesto que no tarda en efectuarse de nuevo la pululación microbiana, no por esto deja de ser suficiente cuando se tiene el cuidado de no preparar más cantidad de leche que la que debe emplearse en veinticuatro horas. Finalmente, la pasteurización á que se somete la leche después de ser ordeñada la pone á cubierto de la producción de toxinas de que antes se ha hecho mención.

Puede darse por consiguiente leche esterilizada industrialmente en grande escala ó leche esterilizada en casa; pero en este último caso será conveniente asegurarse, como hemos dicho antes respecto de la primera, de que el contenido de cada botella se halla en perfecto estado de conservación.

La enumeración de las distintas marcas de leche esterilizada que el comercio ha puesto en circulación sería ociosa.

En cambio, creemos necesario dar algunas indicaciones acerca de la esterilización de la leche á domicilio.

Varios son los aparatos que para ello pueden emplearse, entre los cuales citaremos los de Soltmann, Stödler, Gerber, Bertling y Escherich. Los más prácticos, inventados por Egli-Sinclair, Budin y Gentile, se basan en el mismo principio que el de Soxhlet.

Describamos únicamente los de Soxhlet y de Gentile, que son los que gozan de más favor entre el público (1).

El aparato de Soxhlet se compone de un baño-maría cerrado en el cual se sumerge un porta-botellas: éstas, de 200 gramos de cabida cada una, sólo están llenas en sus dos terceras partes. En su gollete, que tiene forma de embudo y cuyo borde es esmerilado, se coloca un pequeño disco de caucho de 4 milímetros de espesor, cuyas dimensiones corresponden exactamente á la abertura de la botella. Para impedir que este disco se

(1) Véase sobre este particular: CHAVANNE, *Du lait stérilisé, son emploi dans l'alimentation du nouveau-né*, Tesis de París, 1893.

mueva mientras se escapa el vapor de la botella, se le cubre con un pequeño cilindro de metal provisto de tres garfios. La altura del agua del baño-maría no ha de pasar de la mitad de la altura de la botella. El agua ha de hervir por espacio de cuarenta minutos.

En cuanto se saca del baño-maría el porta-botellas, el vapor desprendido de la leche, que ha sustituído al aire contenido en el tercio superior de la botella, se condensa por virtud del enfriamiento y entonces la presión atmosférica fija el disco sobre la botella deprimiéndolo en su centro.

La depresión del disco es la garantía indispensable del éxito de la operación, pues asegura la no penetración del aire exterior en la botella.

El aparato de Gentile presenta algunos perfeccionamientos con relación al anterior. Las botellas, de distintas dimensiones, están graduadas; el reborde de las mismas es plano y esmerilado y la forma del disco de caucho hace innecesaria la adición de la pieza de metal del aparato de Soxhlet. En efecto, ese obturador tiene la forma de una seta, ó mejor dicho, de un clavo cuya punta se introduce en la botella, impidiendo todo movimiento lateral del disco, que representa la parte superior que cubre el reborde. Las botellas, llenadas como en el aparato Soxhlet y colocadas en una cesta de alambre, se ponen en un baño-maría, que se hace hervir durante tres cuartos de hora. En este aparato, también en el momento en que la botella se enfría, el vapor se condensa y la presión atmosférica fija el obturador, produciendo en su centro una cavidad característica.

G.—PREMATUROS.—NIÑOS DÉBILES, NACIDOS ANTES DE TIEMPO

La atrepsia es particularmente temible en los niños nacidos antes de tiempo ó atacados de una debilidad congénita.

Para evitarla, es necesario las más de las veces criar á esos niños en *incubadoras artificiales* y alimentarlos por medio del *cebamiento*.

No hemos de describir aquí las incubadoras, pues sabida es su disposición y conocidas son las precauciones que deben adoptarse para que puedan permanecer en ellas sin peligro alguno los recién nacidos. Cuando los niños están amenazados de atrepsia, es á menudo conveniente practicar en la incubadora frecuentes inhalaciones de *oxígeno* puro.

El cebamiento de los recién nacidos se efectúa fácilmente con una sonda uretral de caucho encarnada, que se introduce en el estómago por la boca ó por las fosas nasales, en una longitud de 16 á 18 centímetros aproximadamente.

Por esta sonda, provista en un extremo de un embudo de cristal,

introdúcense cada hora de 10 á 15 gramos de leche esterilizada ó de leche de mujer, que se echa directamente en el embudo.

Esta cantidad de leche, aunque pequeña, es suficiente durante los primeros días. Más adelante, se aumentará regular y progresivamente.

El cebamiento se continuará hasta que el recién nacido esté bastante desarrollado para alimentarse por sí mismo en el pecho ó con el biberón.

La estancia en la incubadora y el cebamiento han dado á veces maravillosos resultados en los fetos nacidos antes de tiempo (Tarnier).

III

Terapéutica de la atrepsia

La atrepsia, tal como hoy se entiende, es decir, como síndrome terminal de los trastornos de la nutrición de los recién nacidos consecutivos á alteraciones de las funciones digestivas, no debe tener un tratamiento uniforme sino que su terapéutica varía según las causas que la han engendrado.

En muchos casos, la atrepsia es consecuencia de inflamaciones gastro-intestinales subagudas ó crónicas y su tratamiento, por lo menos al principio, se confunde con el de estas inflamaciones.

Imposible nos es estudiar el tratamiento de todas las afecciones gastro-intestinales y de todos los trastornos de la nutrición del recién nacido que pueden ser origen de la atrepsia, estudio que está hecho en varios capítulos de la presente obra; pero hemos de insistir en la importancia de este tratamiento, porque sólo cuidando enérgicamente todos los trastornos digestivos del recién nacido, no descuidando ningún síntoma morboso proveniente de una alteración de las funciones digestivas, se conseguirá evitar ó contener desde un principio el desenvolvimiento de la atrepsia.

El tratamiento de la atrepsia confirmada comprende dos indicaciones principales: 1.° combatir los trastornos digestivos que existen casi siempre; 2.° sostener las fuerzas del niño y contener la desnutrición por los medios de que actualmente dispone la terapéutica.

En ciertos casos, los síntomas digestivos son nulos ó poco acentuados: únicamente la desnutrición es manifiesta, porque disminuye el peso del niño. Las evacuaciones, algo más frecuentes que de ordinario, son verdosas y están formadas por cuajarones de leche coagulada mal digerida. Hay, además, eritema en las nalgas. El estado general, sin embargo,

no presenta la menor alteración, pero la situación adquiriría verdadera gravedad si los trastornos digestivos se prolongaban.

En tales casos, puede á veces conjurarse el peligro aplicando oportunamente el tratamiento profiláctico: en ocasiones, basta suspender la lactancia materna, si la leche de la madre es insuficiente, y dar al niño una buena nodriza para poner remedio á tal situación. Otras veces lo que se impone es el cambio de nodriza. A falta de la lactancia natural, imposible en algunas circunstancias, puede detener la desnutrición y salvar la vida del niño la lactancia artificial con leche esterilizada ó de burra.

Los principios que dirigen la alimentación normal del recién nacido conservan, por otra parte, todo su valor, aun en caso de atrepsia confirmada. Una vez declarado el síndrome, la primera indicación es volver á la lactancia natural ó á la lactancia con leche esterilizada. Sólo así puede lograrse recobrar la salud, y de no conformarse con esto, el tratamiento empleado resultaría ineficaz ó ilusorio.

A.—TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS DIGESTIVOS

1.° Tratamiento medicamentoso

La atrepsia va precedida las más de las veces de trastornos digestivos, de los cuales los más frecuentes revelan alteraciones infecciosas y tóxicas del tubo digestivo.

Cuando existen estos trastornos, es preciso tratarlos del mismo modo que á las perturbaciones digestivas debidas á las inflamaciones gastro-intestinales de los recién nacidos.

En un principio, es necesaria la dieta, privándose en absoluto á los niños de todo alimento durante uno ó dos días, pues, por razón del estado de los órganos digestivos, la ingestión de la leche no haría más que agravar el estado local. Hay que prescribir la *dieta hídrica*, siendo suficiente dar al niño la cantidad de agua que represente aproximadamente la cantidad de leche que habría absorbido y que puede calcularse en tres cuartos de litro.

El agua pura, hervida ó previamente esterilizada es preferible á cualquier otra bebida, inclusos los cocimientos de arroz y de cebada, que pueden contener microorganismos y fermentar dentro del tubo digestivo.

Algunos autores, en particular Josias, recomiendan el *agua albuminosa*, á dosis de 200 á 300 gramos al día, por razón de sus propiedades bactericidas.

Sin embargo, la dieta hídrica no puede prolongarse mucho tiempo; al

segundo ó al tercer día, á lo sumo, debe ser sustituída por la leche que se administrará al principio en pequeña cantidad y después en más abundancia si el niño la digiere bien y su ingestión no reproduce los vómitos y la diarrea.

Con bastante frecuencia las fuerzas del niño han declinado tanto, que se hace preciso introducirle la leche en la boca por medio del biberón ó de una cuchara, y aun algunas veces es necesario someterlo al *cebamiento*, que únicamente es posible cuando no hay vómitos.

En los comienzos de la atrepsia, el peligro no está tanto en la desnutrición, que apenas se inicia, cuanto en las fermentaciones gastro-intestinales, que son causa de esa intoxicación especial de los recién nacidos. De aquí la necesidad de practicar del modo más completo posible la antisepsia del tubo digestivo.

Actualmente se reconoce que el método más práctico y tal vez más eficaz de realizar la antisepsia gastro-intestinal es la administración de un purgante ó de purgantes repetidos.

Este sistema de los purgantes es el único posible tratándose de niños, y por esto aconsejamos, de acuerdo con la mayoría de los autores, que se administre un purgante ligero en cuanto se inicien los accidentes atrépsicos.

En esa edad de la vida, aconséjase el *aceite de ricino*, á dosis de 5 á 8 gramos, la *magnesia*, á dosis de 1 á 3 gramos, y el polvo de *ruibarbo* á dosis de 5 centigramos.

El purgante más indicado son los *calomelanos*, á causa de sus propiedades microbicidas y antifermentescibles.

Los calomelanos se propinan puros, á dosis de 5 centigramos y se toman fácilmente con leche; pero pueden darse también mezclados con igual cantidad de azúcar. Asimismo se les puede administrar sea con *salol*, sea con un antiséptico cualquiera como el *benzonaftol*, en una de las siguientes fórmulas:

Calomelanos	aa. . .	0 gr. 05
Salol.		

M. s. a. Para una toma. Uno al día.

Sucede á menudo, en el primer período de la atrepsia, que los vómitos son frecuentes y se reproducen cada vez que se intenta dar alimento al enfermo: en tal caso, se propinarán los laxantes en enemas por medio de una jeringa de cristal que termine en un embudo de caucho. De este modo pueden aplicarse los siguientes enemas:

1.° Magnesia. . . . . 5 gramos
Agua. . . . . 50 —

Para un enema.

2.° Sulfato de sosa. . . . . 10 gramos
Agua. . . . . 50 —

Para un enema.

ó inyectar simplemente en el recto unos diez gramos de *aceite de ricino*.

Los laxantes están indicados al principio para desembarazar el intestino; pero muy pronto resultan inútiles, porque al cabo de poco tiempo sobreviene una diarrea más ó menos abundante. La diarrea es una causa poderosa de debilitación y de desnutrición. Y aquí cabe preguntar: ¿es preciso esforzarse para contenerla?

Con este objeto han recomendado algunos que se dé al niño á cucharadas y con bastante frecuencia, *agua albuminosa*, *agua de arroz* ó *cocimiento blanco de Sydenham*. Parrot recomendaba el *cognac*, especialmente por razón de sus propiedades estimulantes, y lo administraba en cantidad de 8 á 10 gramos diarios en 200 gramos de agua azucarada y á cucharaditas de hora en hora.

Godhart recomienda la *tintura de coca*, que se obtiene tratando una parte de hojas de coca en cinco de alcohol absoluto. Las dosis son de 10 gotas cada vez y se propinarán en intervalos frecuentes. La mejoría se producirá cuando el niño haya tomado un centenar de gotas.

Braithwaite encomia la mezcla de *salicilato sódico* con *sulfato de hierro:* cada hora se dará un papelito de 10 centigramos de cada una de estas sales hasta que las deposiciones sean negras.

El *salicilato de bismuto*, solo ó mezclado con *salol* ó con *naftol*, se prescribe muy á menudo contra la diarrea de los recién nacidos: se da 1 gramo en 10 tomas cada veinticuatro horas, ó en polvo en una poción como la siguiente:

Salicilato de bismuto. . . . . 1 gramo
Jarabe de membrillo. . . . . 10 gramos
Agua de cal. . . . . 20 —
Agua destilada. . . . . 60 —

H. s. a. poción.

También pueden prestar buenos servicios otros medicamentos, tales como el *subnitrato de bismuto*, el *agua de cal*, el *tanino* y el *ácido gálico*. Conviene recordar que ni siquiera para combatir esta diarrea debe emplearse el *opio*, porque se trata de niños pequeños, de menos de cinco meses, y sabido es cuán desastrosas consecuencias puede traer en esta edad la ingestión de la más pequeña cantidad de opio.

Un medicamento empleado con frecuencia es el *ácido láctico,* cuyos excelentes efectos en la diarrea coleriforme de los recién nacidos han demostrado Hayem y Lesage. El ácido láctico tiene la doble ventaja de ser antiséptico y no ser tóxico.

Este medicamento conviene particularmente en los casos en que las deposiciones son alcalinas, y se administra generalmente en poción según la fórmula siguiente:

Acido láctico.	2 á 3 gramos
Jarabe de membrillo	20 gramos
Agua destilada..	80 —

M. s. a. A cucharadas medianas durante las veinticuatro horas.

Sucede muchas veces que los medicamentos, lo mismo que la leche, son inmediatamente vomitados ó evacuados con el líquido diarreico, en cuyo caso hácese necesario el lavado del estómago y de los intestinos.

2.° Lavado del estómago

El lavado del estómago tiene por objeto desembarazar este órgano de la leche coagulada y no digerida que permanece en su cavidad. La permanencia de la leche no digerida facilita las fermentaciones y los cultivos microbianos, que son origen de los productos tóxicos y de las toxinas cuya absorción agrava la situación de un modo especial. Además, las materias alimenticias estancadas son causa de vómitos.

La aparición de éstos constituye la indicación principal del lavado del estómago, merced al cual se logra muchas veces contenerlos, si se practica de una manera regular y en buenas condiciones. La operación es muy fácil en los recién nacidos.

El manual operatorio del lavado del estómago es de los más sencillos: se practica por medio de una sonda de caucho encarnado (del número 30 de la escala de Charrière), que se introduce en el estómago por la boca ó por las fosas nasales en una longitud de 15 á 18 centímetros. Al extremo libre de esta sonda se adapta un pequeño embudo de cristal por el que se hacen penetrar en el estómago de 100 á 150 gramos de agua esterilizada, que se expulsa por un esfuerzo del vómito ó por el procedimiento del sifón. Esta agua contiene moco y restos de coágulos de leche, debiendo repetirse la operación hasta que el líquido salga completamente claro.

El lavado del estómago debe hacerse antes de cada toma de alimento, y si es preciso puede completársele con el cebamiento practicado por medio de la sonda introducida en el estómago.

El líquido que generalmente se emplea para el lavado es el agua

esterilizada pura ó saturada con alguna substancia antiséptica tal como el *agua oxigenada* (Blech), el *naftol*, etc.

La temperatura del agua ha de guardar relación con el estado del enfermo, es decir, ha de ser caliente si hay hipotermia, y fría si hay hipertermia (Lesage).

3.° Lavado del intestino

El lavado del intestino, complemento del lavado del estómago, tiene por objeto desembarazarlo de las materias fermentescibles que en él se estancan y de los cultivos microbianos que en él se desarrollan. Los grandes lavados del intestino tienen, además, la ventaja de hacer absorber una gran cantidad de agua y por ende de realzar la presión sanguínea. Es necesario que los lavados sean lo más completos posible y que no se limiten al intestino grueso; por consiguiente, son insuficientes los enemas administrados con una pera de caucho, y hay que recurrir á un método especial, el de Monti.

Lesage y Dauriac, que han ensayado este método, han demostrado que, gracias á él, el líquido inyectado en el recto y en el intestino grueso podía forzar la válvula ileo-cecal, penetrar en el intestino delgado y llegar hasta el estómago.

Según Lesage, la operación debe practicarse del modo siguiente: «Se emplea un irrigador de inyecciones, de una cabida de uno ó dos litros, provisto de un largo tubo de caucho y de una sonda, también de caucho, de 20 á 30 centímetros de longitud y del calibre número 20 de la escala Charrière. Se empieza por llenar el irrigador con la substancia que se quiere inyectar y se coloca al enfermo horizontalmente, ligeramente recostado sobre el lado derecho, de manera que el ciego tome una posición de declive. Se introduce la sonda en el recto, haciéndola penetrar hasta una profundidad de unos 15 á 20 centímetros, y cerrando herméticamente el ano con los dedos, se deja circular el agua teniendo el irrigador á una altura de 15 ó 20 centímetros solamente sobre el plano que ocupa el enfermo. Cuando ha penetrado en el intestino toda la cantidad de agua, se retira la sonda y se deja que el líquido fluya (1).»

B.—TRATAMIENTO DEL ESTADO GENERAL

Aparte del tratamiento de las alteraciones gastro-intestinales y del elemento infeccioso y tóxico, el estado general del enfermo exige una terapéutica especial.

(1) LESAGE.—*Traité des maladies de l'enfance*, t. II.

La principal indicación es sostener las fuerzas del enfermo, pues en esta enfermedad, en que la depresión de las fuerzas es un peligro inminente y causa rápidamente la muerte, es necesario ganar tiempo.

Para ello ha de recurrirse á la medicación estimulante.

De ser posible, conviene aislar á los niños y colocarlos en una habitación grande donde penetren mucho el aire y la luz. En el hospicio de Enfants-Assistés, Hutinel ha conseguido buenos resultados instalando durante el verano en tiendas de campaña á los pequeños atrepsiados.

Las *fricciones* del cuerpo son útiles para facilitar la circulación de la sangre y hacer entrar en calor á los enfermitos: pueden hacerse con una almohadilla de franela empapada en *alcohol* ó en la siguiente mixtura recomendada por Comby:

Aceite de manzanilla alcanforado. Esencia de espliego. . . . . . Esencia de romero.	aa. . .	100 gramos

M. s. a.

Los *baños de mostaza* responden á la misma indicación y son de uso corriente: se preparan echando en el baño unos 50 gramos de harina de mostaza.

Las *inyecciones subcutáneas* son especialmente útiles para levantar la tensión sanguínea, empleándose en ellas la cafeína (á la dosis de 5 centigramos cada veinticuatro horas). Las de *aceite alcanforado* no causan dolor y los niños las toleran perfectamente. Puede darse tres ó cuatro veces al día una inyección de un centímetro cúbico de la solución siguiente:

Alcanfor.	5 gramos
Aceite esterilizado.	20 —

Disuélvase.

Las inyecciones de *éter* no deben de ser utilizadas, porque fácilmente ocasionan en los niños el esfacelo de los tejidos.

Las inyecciones de *glicero-fosfato de cal* soluble me han dado muy buenos resultados en un recién nacido atrépsico. Las de *suero artificial* gozan actualmente de favor merecido y únicamente están contraindicadas en los recién nacidos de quienes se sospeche que estén tuberculosos ó que se hallen realmente infectados de tuberculosis (Hutinel).

Las inyecciones de suero artificial se aplican á dosis grandes ó pequeñas. Si lo primero, se inyectan diariamente de 4 á 6 dosis de 30 centímetros cúbicos de suero, introduciendo la inyección lentamente en los músculos de los costados ó de las nalgas. Si lo segundo, se inyectan

cada dos horas 5 centímetros cúbicos de una solución de suero. Las soluciones de suero empleadas son de muchas clases; las principales son las siguientes:

1.° Cloruro sódico. . . . . 7 gramos
Agua. . . . . 1 litro
Disuélvase.

Esta solución de sal marina se emplea especialmente en las inyecciones á grandes dosis.

2.° El suero de Hayem:

Cloruro sódico. . . . . 5 gramos
Sulfato de sosa. . . . . 10 —
Agua. . . . . 1 litro
Disuélvase.

3.° La solución de Luton:

Fosfato de sosa cristalizado. . . . . 5 gramos
Sulfato de sosa . . . . . 10 —
Agua. . . . . 1 litro
Disuélvase.

4.° La solución de Chéron:

Acido fénico. . . . .)
Cloruro de sodio. . . . .) aa. . . . . 1 gramo
Fosfato de sosa. . . . .)
Sulfato de sosa. . . . .)
Agua destilada . . . . . 100 gramos
Disuélvase.

Esta última solución debe reservarse para las inyecciones de pequeñas dosis.

También se han probado las inyecciones de *suero natural* (suero de caballo), cuya eficacia no parece superior á la del suero artificial.

Para obtener un efecto más rápido y para los casos en que el líquido inyectado no es absorbido, se han aconsejado las *inyecciones intraperitoneales*, las cuales no ofrecen peligro alguno, siempre y cuando no se emplee un líquido que contenga sulfato de sosa, porque esta sal, introducida en solución en el peritoneo, puede ocasionar accidentes mortales (Thiercelin).

IV

Tratamiento de algunos accidentes y complicaciones de la atrepsia

La atrepsia se nos presenta á menudo agravada por complicaciones múltiples (infecciones secundarias, lesiones inflamatorias), la mayoría de las cuales no son especiales de la atrepsia, sino que aparecen en ésta tales como se observan en muchas enfermedades de la infancia.

La más frecuente de estas infecciones secundarias es la bronco-pneumonía.

1.° La *bronco-pneumonía,* grave siempre, es casi fatalmente mortal en la atrepsia. Todos los tratamientos fracasan ante esta complicación, que surge en un estado de desnutrición y debilitamiento llegado á su más alto grado.

El tratamiento por los *baños fríos* y las envolturas húmedas no debe ser en tal caso recomendado, puesto que este tratamiento por el agua fría expondría al enfermo á un síncope mortal, dada la adinamia y la debilidad cardíaca del atrépsico. Además, en la atrepsia, hay más bien hipotermia, y la inmersión en agua fría aún aumentaría la algidez y la propensión al colapso.

Mejores resultados producirá en la bronco-pneumonía de la atrepsia el tratamiento del profesor Renaut, es decir, el método de los *baños calientes* (á 38°) frecuentes y repetidos.

2.° En el tratamiento de la atrepsia deben ser tomados en consideración algunos accidentes especiales de esta enfermedad, cuales son los *accidentes cutáneos y mucosos* que, sin revestir en sí mismos gravedad alguna, pueden ser el portillo por donde penetren infecciones secundarias que una terapéutica apropiada permite evitar.

Al frente de estos accidentes figuran los *eritemas* de la región glútea, ano-genital y de los miembros inferiores, excepcionalmente generalizados.

El eritema de la atrepsia, por razón del lugar en que aparece, está seguramente en relación con la irritación de la piel producida por la orina y sobre todo por las materias diarreicas.

Para evitar que el eritema se desarrolle, es necesario, después de cada emisión de orina y de cada deposición, lavar cuidadosamente la región ano-genital con agua *esterilizada* ó con *agua bórica tibia,* secán-

dola luego con algodón hidrófilo y untándola con un cuerpo graso aséptico, como la *vaselina* ó la *lanolina bórica*.

Estas precauciones, indicadas para prevenir el desarrollo del eritema, son también necesarias después de haber éste aparecido. En efecto, las placas eritematosas se escorían y se ulceran con gran facilidad y es preciso, por consiguiente, evitar la infección de las placas ulceradas, mediante la antisepsia de la región practicada del modo que se ha dicho. En este caso, los lavados deben de ser menos abundantes, siendo preferible curar aquellas placas con unos polvos antisépticos como estos:

Acido bórico porfirizado		20 gramos
Almidón Talco	aa	100 —

M. s. a.

La presencia del eritema simple ó ulceroso contraindica el uso de los baños de mostaza.

El *pénfigo* exige el mismo tratamiento que el eritema.

3.° El *muguet* es frecuente en los niños atrépsicos, especialmente en los hospitales; puede evitarse por medio de los lavados de la boca con agua de *Vichy*, lavados que se continuarán aún después de haber desaparecido la mucedínea, que se hará desaparecer de la boca lavando ésta con *sublimado* al 1 por 2000 ó con *agua oxigenada* preparada recientemente.

4.° En algunos casos, la atrepsia es causa de que se formen muchos *abscesos subcutáneos* de desarrollo sucesivo, abscesos superficiales cuyo tamaño varía desde el de un guisante al de una avellana y que se desenvuelven sin gran reacción general y con poca reacción local. La patogenia de estos abscesos no está todavía bien explicada: algunos la consideran como gomas subcutáneos ó como tubérculos del tejido celular. En muchos casos, que hemos tenido ocasión de observar, nos han parecido en manifiesta relación con la atrepsia.

Estos abscesos ofrecen la particularidad de observarse principalmente en las formas curables de la atrepsia.

Estos abscesos, como todos los focos de supuración circunscrita, deben de ser *incindidos;* después de la incisión, la cicatrización es rápida.

Para evitar que se reproduzcan, conviene dar al niño *baños de agua bórica* tibia, que aseguran la antisepsia de la piel.

CAPÍTULO XXVII

TRATAMIENTO DE LA DISPEPSIA INTESTINAL

POR

G. ETIENNE

Profesor agregado de la facultad de Nancy

TRADUCCIÓN DE JOSÉ GÓNGORA

I

Consideraciones generales

Topográfica y fisiológicamente, el intestino no es más que la continuación del estómago; lo que éste empieza aquél lo acaba, y los trastornos de la función estomacal influyen rápidamente en la función intestinal.

Por otra parte, el papel que desempeña el jugo intestinal es poco conocido, pues la exploración del intestino es una de las más delicadas; de aquí la obscuridad que todavía reina en el estudio de la dispepsia intestinal, estudio que ha sido intentado por A. Mathieu y por Courtois-Suffit, á quienes habremos de referirnos á menudo en el curso del presente trabajo.

Bajo la denominación de dispepsia intestinal, entendemos los trastornos crónicos de la digestión intestinal producidos por perturbación de actos fisiológicos ó por aparición de actos anormales, independientes de lesiones profundas (neoplasmas, ulceraciones, etc.).

El intestino puede ser considerado como un recipiente en el cual los alimentos procedentes del estómago por oleada son:

A.—Sometidos á la acción: 1.° del jugo entérico; 2.° de los jugos depositados en su cavidad por las glándulas próximas, bilis, jugo pancreático;

B.—1.° Amasados por las contracciones peristálticas y puestos en contacto con esos jugos; 2.° y empujados hacia el ano, orificio de salida;

C.—En el cual la parte nutritiva de los alimentos es separada de la parte inutilizable y reabsorbida.

Puede haber, por consiguiente:

A.—Trastornos de la secreción;

B.—Trastornos de la motilidad;

C.—Trastornos de la absorción.

Entiéndase, sin embargo, que sólo se trata del predominio de un grupo de trastornos y que, por lo menos en la mayoría de los casos, nunca faltan por completo los otros.

II

Tratamiento

A.—TRASTORNOS DE LA SECRECIÓN

Del estudio de la dispepsia intestinal hemos de eliminar desde luego el grupo de los trastornos de la secreción pancreática y biliar, que si bien pueden ser causa de dispepsia, tomada ésta en su acepción más lata, son estudiados en otro lugar.

En cuanto á los trastornos de la secreción entérica propiamente dichos, podemos dividirlos en dos grupos: trastornos esenciales de la secreción y trastornos relativos.

1.° *Trastornos esenciales de la secreción.*—El jugo entérico es alcalino y cabe suponer que su función puede variar á consecuencia de modificaciones de su constitución química. Pero esta función es muy hipotética: se le ha atribuído la sacarificación de los almidones, la transformación del azúcar de caña en azúcar invertido por los fermentos inversivos de Cl. Bernard; sin acción sobre las grasas ni sobre las albúminas en general, su misión sería transformar especialmente la fibrina de la sangre en peptonas, mas esta intervención, indicada por Thery, no ha sido encontrada ni en el perro (Quincke), ni en el hombre (Demant).

Por otra parte, se comprende que las modificaciones de estas funciones no pueden servir actualmente de punto de partida para ninguna indicación terapéutica.

Bajo la influencia del sistema nervioso, excitado, por ejemplo, por la emoción, por el frío, por ciertas neurosis (enfermedad de Basedow, neurastenia) ó por determinadas lesiones cerebro-espinales (tabes), la secreción del jugo entérico aumenta de un modo considerable y llega á ser una de las causas de diarrea, que ha puesto experimentalmente en evidencia Armando Moreau.

Contra esta forma de diarrea podrá intentarse especialmente modi-

ficar la superficie de secreción intestinal, por el empleo de polvos inertes, *subnitrato de bismuto, talco de Venecia*, según indicaremos cuando estudiemos la terapéutica de la diarrea; mas no se pierda de vista que, en un gran número de casos, el síndrome diarreico es en extremo rebelde.

2.° *Trastornos relativos de secreción.* — Puede suceder que la secreción del jugo entérico segregado sea normal, fisiológica, y que, sin embargo, haya insuficiencia funcional; así se observa con bastante frecuencia en los enfermos de hiperclorhidria gástrica. El jugo entérico, alcalino, cuya función más patente consiste quizás en saturar con su carbonato sódico el ácido clorhídrico del quimo procedente del estómago, puede ser insuficiente para neutralizar un producto esencialmente ácido, y ésta es probablemente una de las causas más frecuentes de la *dispepsia intestinal de forma dolorosa*, en la cual los enfermos experimentan dos ó tres horas después de las comidas, y á menudo durante la noche, una sensación de quemazón intensa, cuyo máximo está debajo del ombligo y parece cambiar de sitio en el sentido del colon transverso.

También en este caso es difícil la intervención terapéutica directa en el intestino; pero con frecuencia se logrará que cesen estos accidentes con el tratamiento de la hiperclorhidria gástrica por el uso prudente de los *alcalinos*.

B.—TRASTORNOS DE LA MOTILIDAD

1.° La *exageración de la motricidad intestinal* no se observa nunca independientemente de la hipersecreción: constituye, por consiguiente, uno de los factores primordiales de la diarrea, y como tal deben aplicársele los métodos de tratamiento que estudiaremos más adelante, y en especial el empleo de los opiados.

2.° La *atonia intestinal* se manifiesta por el síndrome *dispepsia intestinal de forma gaseosa*, que tan á menudo acompaña á la dispepsia nervomotriz del estómago y á veces se confunde con ella. Una y otra, en efecto, aparecen en las mismas circunstancias etiológicas: á consecuencia de trastornos psíquicos, disgustos, preocupaciones, emociones, deprimentes; después de los excesos de toda clase, exceso de trabajo físico é intelectual; en los neurópatas, neurasténicos, neuro-artríticos. Su presencia se comprueba asimismo en muchos otros estados patológicos, intoxicaciones crónicas, sobre todo el alcoholismo, en la tuberculosis pulmonar, en las cardiopatías, en la arterio-esclerosis, en las anemias, en la clorosis, en las convalecencias, etc.

Desde el punto de vista clínico, vese aparecer, después de las comidas, una sensación de malestar, de pesadez en la cavidad epigástrica, acompañada de rubicundez de la cara, de anhelación; media hora ó una hora después de la comida preséntase la hinchazón del abdomen, que obliga á menudo al enfermo á aflojarse la ropa y es de fácil demostración por medio de la percusión, que permite á veces determinar los límites del timpanismo estomacal y del intestinal. Los borborigmos, los regüeldos gaseosos y á veces las regurgitaciones ácidas producen alivio en el enfermo, que muchas veces es persona que padece de estreñimiento. La atonía intestinal produce á menudo la dilatación del intestino grueso, dilatación de tal naturaleza que puede hacer creer erróneamente en una dilatación gástrica; puede, además, llegar á ser causa de autointoxicación manifestada por accidentes neurasténicos vulgares, palpitaciones, vértigos, dispepsia, cefalea, dolores seudogástricos.

El tratamiento de la flatulencia intestinal es, con muy cortas diferencias, el mismo que el de la flatulencia gástrica. Ante todo, es preciso insistir en el régimen: «El régimen, el régimen y siempre el régimen,» decía Baumès, quien, siendo como era «muy flatulento», ha dado una fórmula caracterizada especialmente por la supresión de las féculas y de los amiláceos no despojados de sus cáscaras.

Por vía de información, copiamos á continuación las bases del régimen de Baumès: las indicaciones en el mismo contenidas podrán ser útilmente consultadas, siempre y cuando se tomen debidamente en cuenta las numerosas condiciones individuales.

1.° Alimentos permitidos

Pan de trigo, no muy tierno y bien cocido.

Sopas.—Sopa de pan con caldo de carne ó con manteca fresca.

Carnes.—Buey, carnero, ternera, cabrito, cordero, carne de pluma, carnes blancas, cocidas ó asadas sin más salsa que su propio jugo y despojadas de la grasa.—Huevos pasados por agua.

Pescados.—Merluza, lenguado, raya, rodaballo, lota, tenca, trucha, lucio, carpa, salmonete, hervidos, aderezados con un poco de aceite de oliva, vinagre y sal, ó fritos en manteca fresca, sin condimento ni salsa.

Legumbres.—Achicoria, acedera, apio, zanahorias, cardos, betas ó acelgas, fritas con manteca fresca ó en jugo de carne sin grasas; espárragos, alcachofas, guisantes ó judías verdes muy tiernas.

Fruta dulce y de agua.—Melocotón, pera de agua, ciruela, ciruela claudia, fresas, cerezas.

Fruta cocida y compotas.—Ciruela y sobre todo pera.

Confituras.—Jalea de membrillo, de manzanas, grosella, albaricoque.

2.° Alimentos prohibidos

Legumbres.—Habichuelas, coles, lentejas, garbanzos, habas, rábanos, patatas, escorzonera, espinacas, remolachas, ensaladas crudas y legumbres cocidas.

Fruta.—Castañas, manzanas, peras que no sean de agua, albaricoques, uvas y frutas de pulpa seca.

Substancias feculentas que no contienen gluten ó contienen muy poco.—Pastelería, pastas no fermentadas.

Salsas.—Todas en general, y en especial las que contengan cualquiera grasa.

3.° Bebidas

La mejor es el agua; pueden consentirse los vinos de Burdeos, los de Borgoña ligeros, los Beaujolais y algunos vinos de España en pequeñas dosis.

Deben prohibirse: los vinos blancos, los vinos nuevos, las cervezas demasiado añejas ó demasiado nuevas, los elíxires, las bebidas espirituosas, los licores.

3.° Una vez formados los gases, el tratamiento puede encaminarse á determinar la expulsión de éstos, mediante la excitación de las contracciones intestinales por la *nuez vómica*, la *estricnina* y la *ipecacuana* en pequeñas dosis. También puede recurrirse á las aplicaciones de agua fría sobre el abdomen, al cinturón y á la envoltura mojados, al masaje, especialmente con la bola de Sahli, y á la *electrización farádica*.

Puede también intentarse la absorción de los gases por medio de los polvos absorbentes, tales como el *carbón* de álamo y la *magnesia calcinada*, á los cuales de algunos años á esta parte se suelen añadir algunos antisépticos gastro-intestinales, por ejemplo el *naftol*, el *benzonaftol*, la *resorcina*, el *salicilato de bismuto* y sobre todo el *salicilato de sosa* (Kuhn).

Carbón de álamo porfirizado. Benzonaftol. Magnesia calcinada.	aa.	0 gr. 25

Para un sello.

Si hay diarrea sustitúyase la magnesia por el *salicilato de bismuto* ó la *creta lavada*.

Antiguamente se empleaban mucho las substancias llamadas carminativas: *anís, badiana, angélica, semillas de hinojo*, de *carvi*, de *cilantro*, de *anet* ó de *comino*. Las *especias carminativas* contenían frutos de anís, de carvi, de cilantro y de hinojo en cantidades iguales: 10 gramos de mezcla en 1 litro de tisana.

A pesar de su inocuidad relativa, no deben emplearse estas substancias á tontas y á locas, pues hemos observado un caso de envenenamiento grave, con vómitos incoercibles y colapso, en una mujer que había puesto en infusión 10 gramos de anís estrellado en medio litro de agua, y reduciendo el líquido por la ebullición á la cuarta parte de un vaso, se lo había bebido todo.

C.—TRASTORNOS DE LA ABSORCIÓN

La fisiología de la absorción intestinal continúa envuelta en la mayor obscuridad: al parecer, la constituyen especialmente los fenómenos de difusión y de endósmosis que permiten el paso de los jugos digestivos á través del epitelio cilíndrico de las vellosidades para llegar hasta los quilíferos y los capilares periféricos.

Es decir, que la absorción depende, por lo menos en parte, de la absorción sanguínea y del estado de la sangre. Si hay estancamiento venoso, sobre todo en la vena porta, ó si la sangre contiene mucha agua, como sucede después de una inyección acuosa intravenosa ó como acontece también en los brighticos y en los cardíacos, la absorción se hace con retardo considerable.

Para devolverle su actividad, los procedimientos indicados son: ó bien disminuir la masa de la sangre por medio de una *sangría* general ó tratar de espesarla privándola de agua, ora recurriendo á los *diuréticos*, ora practicando una sangría blanca local por medio de un *purgante* enérgico que determine una lluvia serosa intestinal.

Tales son, en la práctica, las causas más importantes de dispepsia intestinal, esencialmente relacionada con trastornos de la absorción.

CAPÍTULO XXVIII

TRATAMIENTO DE LAS ENTERITIS Y DE LA DIARREA

POR

G. ETIENNE

Profesor agregado á la facultad de Nancy

TRADUCCIÓN DE JOSÉ GÓNGORA

I.—TRATAMIENTO DE LAS ENTERITIS

I

Consideraciones generales

La enteritis es la inflamación del intestino. A menudo ha sido, con grave error, confundida con la diarrea, la cual es frecuentemente síntoma de enteritis, pero puede existir sin ésta (diarrea del miedo), del mismo modo que puede haber enteritis con estreñimiento.

No hay una enteritis sino varias enteritis, formas numerosas que varían según su evolución clínica (enteritis agudas ó crónicas), según sus causas específicas (enteritis tifódica, tuberculosa, disentérica) ó no específicas (enteritis catarral simple), según su localización (tiflitis, rectitis...). Además, aunque nuestra definición sea una definición anatomopatológica, las lesiones pueden ser en extremo variadas, desde la simple inflamación catarral de la mucosa hasta la perforación completa en la fiebre tifoidea y en la disentería; desde la inflamación catarral difusa á la inflamación electivamente localizada, como la inflamación tifódica de las placas de Peyer.

Si las causas, las lesiones, las localizaciones son múltiples, no menos compleja es la sintomatología, siendo por ende también muy variable la terapéutica, que debe tener en cuenta todos estos factores. Y como ciertas formas de enteritis constituyen capítulos especiales de este tratado

(diarrea infantil, diarrea crónica de Cochinchina, disentería, tiflitis y apendicitis...); como algunas enteritis no son sino la localización de una enfermedad más general (fiebre tifoidea); y como determinados síndromes son asimismo objeto de estudio aparte (diarrea, estreñimiento, dispepsia intestinal), en este capítulo del tratamiento de las enteritis habré de limitarme á exponer consideraciones generales.

Esto no obstante, insistiré muy particularmente en la medicación causal de la mayor parte de las enteritis, la antisepsia intestinal.

II

Etiología y sintomatología

A. — CAUSAS EFICIENTES

Las enteritis pueden ser determinadas por la llegada al intestino de cuerpos mecánicamente irritantes, de tóxicos, de gérmenes infecciosos.

1.° Los *cuerpos mecánicamente irritantes* pueden proceder del mismo organismo (cálculos biliares, escíbalos) ó de fuera. Lo que la patología general nos enseña acerca del modo como esos cuerpos extraños obran sobre los demás órganos, nos permite exponer que su intervención en el intestino no es tan sencilla como se creía. Los alimentos groseros, mal cocidos, obran probablemente sobre todo por los elementos químicos ácidos, irritantes, ó por los gérmenes de fermentación ó de infección que consigo conducen. Fuera de estas condiciones, los cuerpos extraños pueden recorrer todo el conducto intestinal sin determinar en él una inflamación apreciable. Citaré en prueba de ello el caso observado por mí y por el profesor M. Simón de verdadera obstrucción mecánica determinada en un hombre por una masa de huesos de rana (45 gramos) que llegó hasta la parte inferior del recto sin producir acción alguna local (1).

Me limitaré á señalar la posibilidad de accidentes graves originados por ascárides lumbricoides que, reunidos en forma de pelota, provocan una obstrucción con esfacelo de las paredes intestinales.

2.° Las *substancias tóxicas propiamente dichas, químicas* ó *farmacéuticas* (alcohol, tártaro estibiado, antimoniales, arsénico, mercurio, alcalis, ácidos, purgantes drásticos) son causas muy poco frecuentes de enteritis.

3.° Las más de las veces se trata de *toxinas* salidas de los residuos de la digestión; de productos de fermentaciones anormales segregados en

(1) SIMON.—*Congrès de Nancy*, 1897.

el intestino por elementos microbianos, huéspedes habituales del intestino que se han convertido en virulentos, en primer lugar por la acción del colibacilo y luego por la del bacilo de Lesage, del microbio de Gartner, del bacterium aceti, y de los microbios específicos de la fiebre tifoidea, del cólera, etc. Debemos hacer mención también de los amibos, cuyo estudio patológico no se ha hecho todavía (cercomonas intestinalis de Davaine, paramœcium coli de Malmsten, trichomonas intestinalis de Zenker, amibo de Læscher).

Citemos finalmente algunas toxinas de naturaleza desconocida, que se eliminan electivamente por el intestino y se forman en ciertos estados discrásicos especiales, por ejemplo, en las quemaduras cutáneas superficiales extensas, causa probable de la ulceración duodenal (1).

B.—CAUSAS PREDISPONENTES

La acción de las causas eficientes hállase muy á menudo preparada por causas predisponentes. Así, por ejemplo, están especialmente predispuestos á la enteritis: los niños, tanto más cuanto más pequeños; los nerviosos, los anémicos, los albuminúricos, los diabéticos y los dispépticos. Ciertas enteritis catarrales muy leves pueden llegar á ser el punto de partida de enteritis específicas: un empacho gastro-intestinal puede ser causa de una enteritis tuberculosa en un tísico que se trague sus esputos, y el mismo efecto puede producir un purgante drástico. La fatiga y el exceso de trabajo pueden representar un gran papel preparatorio; el frío, muy especialmente, puede poner en estado de virulencia á los microbios intestinales, de igual modo que permite á los pneumococos y á los estreptococos, que habitan de ordinario en las vías respiratorias, engendrar la pneumonía, la bronco-pneumonía ó las anginas. El enfriamiento nocturno desempeña uno de los más importantes papeles en la génesis de las formas graves de las enteritis agudas de los países cálidos.

Es evidente que el tratamiento profiláctico ha de consistir en alejar, en la medida de lo posible, esas causas predisponentes y en evitar las causas de infección en los ya predispuestos.

C.—SINTOMATOLOGÍA

La sintomatología es muy variable, según sean la naturaleza y la causa de la enteritis. Como las enteritis de tipos especiales y los síndro-

(1) Después de compuesto este artículo, esta toxina hipotética ha sido evidenciada por Baarden (*John Hopkins hosp. Bull.*, Abril 1897).

mes característicos son objeto de un estudio aparte, he de limitarme á indicar ciertas formas de enteritis agudas.

Pueden predominar los fenómenos motores: el aumento de la motilidad se manifestará por dolores muy intensos, por cólicos, por la diarrea resultante de la rapidez del paso del quimo al intestino, rapidez que no permite á este órgano reabsorber el agua; por la lienteria, ó sea aquella misma rapidez que impide la digestión de los alimentos. Si estos fenómenos son muy acentuados, terminan en una *enteritis disenteriforme*.

Por el contrario, la disminución de contractilidad producirá estreñimiento: en efecto, en este caso hay atonía del intestino, las materias fecales no son impulsadas por los movimientos peristálticos y, por otra parte, la reabsorción del agua se realiza en proporciones mayores que de costumbre.

Si á los accidentes de hipermotilidad se juntan otros debidos á una infección ó á una intoxicación más profunda, se verán aparecer bruscamente la fiebre, la cefalalgia y el abatimiento: esta forma es la *forma tifoidea*.

Finalmente, extremando esos síntomas y añadiendo á ellos una deshidratación sobreaguda del organismo, se llega á la *enteritis coleriforme*.

Las enteritis crónicas no son á menudo otra cosa que el modo de terminar las enteritis agudas prolongadas.

D.—DIAGNÓSTICO DEL SITIO EN DONDE RADICAN LAS LESIONES Y DE LA NATURALEZA DE ÉSTAS

Desde el punto de vista del tratamiento tiene gran importancia en algunos casos el diagnóstico del sitio en donde residen las lesiones y de la naturaleza de éstas: Nothnagel ha indicado un cierto número de señales que Mathieu ha resumido con mucho acierto.

Cuando las materias son duras, tienen la forma de escíbalos y aparecen envueltas en moco, hay inflamación en la parte inferior del intestino grueso.

El moco, en vez de ser líquido, puede presentarse en forma de fragmentos amarillentos, de falsas membranas más ó menos extensas, en la enteritis muco-membranosa.

Si el moco está íntimamente mezclado con materias blandas y diarreicas, hay inflamación en el intestino grueso extendida hasta el ciego, que es donde se verifica la mezcla íntima.

La aparición de la bilis pura indica una enteritis del intestino delgado, que se extiende hasta la parte superior de éste: la bilis suele dar

color á algunos grumos más ó menos grandes formados por moco, por aglomeración de células epiteliales y por cristales de sales minerales.

La sangre es generalmente signo de un proceso de ulceración cuando está íntimamente mezclada con las materias fecales.

El pus no se presenta aislado sino cuando tiene su origen en la parte inferior del intestino grueso.

Las ulceraciones van acompañadas unas veces de estreñimiento y otras de diarrea.

Por medio de la palpación puede reconocerse una inflamación del colon, sobre todo si es de naturaleza ulcerosa, y se reconoce por un dolor muy marcado á lo largo del intestino grueso, especialmente en el trayecto del colon ascendente ó descendente.

III

Indicaciones terapéuticas

Del conjunto de estos datos pueden deducirse las medicaciones que hay que emplear, no sólo contra la enteritis, sino, las más de las veces, contra sus síntomas:

A.—La medicación contra los trastornos de la motilidad;

B.—La medicación contra los trastornos de la secreción;

C.—La medicación contra la intoxicación, ó medicación evacuante, ayudada por el régimen dietético;

D.—La medicación contra la infección ó antisepsia intestinal;

E.—Y luego hay que estudiar la medicación contra las consecuencias de la enteritis, anemia, depresión, deshidratación.

A.—MEDICACIÓN CONTRA LOS TRASTORNOS DE MOTILIDAD

1.° Hipermotilidad

Sin descender á grandes detalles, que se encontrarán en el capítulo consagrado al tratamiento de la diarrea, diré aquí únicamente que los medicamentos antiperistálticos preferibles son el *opio* y sus derivados, en especial la *morfina*, los cuales tienen además la ventaja de calmar el elemento dolor (cólico); que á éstos siguen los sucedáneos del opio, tales como el *lactucario* y el *cáñamo indio*, y que la *hidroterapia*, practicada en las condiciones estudiadas por Buxbaum, ha dado buenos resultados.

Contra el dolor, es decir, contra los cólicos originados por la hipermotilidad, podrá recurrirse con provecho á los *fomentos calientes*, por ejemplo á la aplicación sobre el abdomen de un lienzo empapado en agua caliente ó en una infusión caliente de *manzanilla* (que el enfermo aceptará con más facilidad), cubierto de franela y de un trozo de gutapercha más grande que ésta. También pueden emplearse las unturas con una pomada de vaselina y lanolina con *guayacol* al 1 por 5 ó *ácido salicílico* á 1 por 10.

2.° Hipomotilidad

Si los elementos constitutivos de la pared intestinal no presentan una alteración demasiado profunda, se puede las más de las veces vencer la atonía intestinal merced á una buena *higiene*, sea alimenticia, sea corporal, de cuyos detalles no he de ocuparme en este lugar, y sobre todo merced á la voluntad aplicada con paciencia y método. A menudo dará excelentes resultados el *masaje* abdominal con la bola de Sahli.

Pero si nos encontramos en presencia de alteraciones orgánicas más profundas, de la atrofia parcial de las paredes intestinales, como por ejemplo en los ancianos, nos veremos naturalmente imposibilitados de devolver la vida á las fibras musculares destruídas y habremos de limitarnos á provocar una evacuación cuando ésta sea necesaria.

Si se quiere obrar exclusivamente sobre el elemento motor, se emplearán los purgantes nervomotores de Clément: *nicotina, atropina, hiosciamina, muscarina, digitalina;* pero la toxicidad de estos alcaloides hace que en muchos casos deban ser rechazados. Los purgantes drásticos, cuyo tipo puede ser el *aguardiente alemán,* obran con igual energía sobre el elemento muscular intestinal.

B.—MEDICACIÓN CONTRA LOS TRASTORNOS DE SECRECIÓN

Estos trastornos pueden ser combatidos por medio de polvos inertes, que obran mecánicamente cubriendo la superficie mucosa segregante y retardando la evacuación gracias á su aglutinamiento. A este fin se emplean: el *talco de Venecia*, el *subnitrato de bismuto* y la *creta preparada.*

Los astringentes, cuyo tipo es el *tanino* y todas las substancias que lo contienen, compuestos químicos *(tanígeno, tanalbina)* ó plantas, y finalmente los astringentes minerales (Véase TRATAMIENTO DE LA DIARREA: *nitrato de plata, acetato de plomo, percloruro de hierro,* etc).

C. — MEDICACIÓN CONTRA LA INTOXICACIÓN

Cuando en el tubo intestinal existen substancias tóxicas, minerales, vegetales ó animales, alimenticias (botulismo), productos de fermentación anormal, de putrefacción, toxinas microbianas, etc., se hace necesario procurar su eliminación.

1.° Métodos exclusivamente mecánicos

Los métodos exclusivamente mecánicos pueden dar resultados muy satisfactorios. El intestino es accesible por el orificio anal y desde muy antiguo se ha ensayado el lavado del intestino grueso por medio de las *lavativas*. Los métodos actuales permiten, sin embargo, una medicación mucho más activa.

La *enteroclisis*, inventada por Cantani y preconizada en Francia por Dujardin-Beaumetz y Bourcy, ha prestado buenos servicios; pero su manual operatorio ha sido notablemente perfeccionado por Lesage y Dauriach y por de Genersich.

El procedimiento de éstos es el siguiente:

«Se coloca al enfermo en la cama horizontalmente, con la cadera izquierda ligeramente levantada por medio de una almohada, de modo que el ciego quede en posición de declive.

»Esta posición especial tiene por objeto permitir que el líquido expulse del ciego los gases que se acumulan en él en gran abundancia. Hecho esto, se introduce un tubo de caucho ó una sonda de Debove hasta la mitad del colon transverso, pudiendo tocarse en este punto, por la palpación, el extremo movible de la sonda, que tropieza contra la pared abdominal. El otro extremo del instrumento que queda fuera del ano, se pone en comunicación, mediante un tubo de caucho de un metro de largo provisto de una llave, con un irrigador que contenga de 8 á 10 litros de líquido calentado á unos 40°, el cual se elevará apenas sobre el nivel del plano horizontal del enfermo (unos 20 á 30 centímetros). Luego se dejará circular el líquido, que suavemente y bajo una ligera presión va llenando el ciego y el colon transverso. Para evitar que el líquido se escape por el ano, será preciso cerrar completamente este orificio con algodón ó con un aparato apropiado.

»Cuando hayan entrado 3 litros, el ayudante que sostiene el irrigador (colocado á una altura de 20 á 30 centímetros) mirará el nivel del agua: si éste continúa descendiendo, mantendrá el aparato en la misma

posición, pero si el nivel permanece estacionario, levantará un poco el irrigador muy suavemente, á fin de aumentar algo la presión y así sucesivamente hasta que todo el líquido haya salido. Es necesario seguir vigilando muy atentamente, mediante la observación del nivel del agua, las variaciones de la hidrostática intestinal. El líquido no penetra en el intestino tan fácilmente como pudiera suponerse, debiendo tenerse muy en cuenta la presencia de los gases. En cada asa intestinal el líquido ocupa la parte inclinada y los gases la parte culminante. Siguiendo las indicaciones que el nivel del agua suministra, se consigue la distribución espontánea del líquido en todo el intestino delgado, y en cuanto éste se llena, se ve aparecer la macicez en el lado derecho y encima de la vejiga y luego en los lados del vientre. En cambio, alrededor del ombligo, el abdomen forma una ligera prominencia y se hace sonoro, lo cual se debe á que los gases rechazados forman como una almohadilla de aire periumbilical. A consecuencia de la posición horizontal del enfermo, el líquido se extiende por todo el intestino delgado sin hincharlo, de tal manera que, á partir del sexto litro, penetra aquél inmediatamente en el estómago: el enfermo entonces experimenta náuseas ó vómitos, que consisten en la expulsión del líquido inyectado, más ó menos manchado con materias fecales.

»Si se introduce un tubo esofágico por la boca y se hace en él el vacío, el líquido que llega al estómago es evacuado de una manera continua; la circulación del líquido es completa desde el ano hasta la boca y el lavado del intestino puede de esta manera verificarse en toda la extensión del mismo.»

Experimentalmente, en el cadáver, los autores han comprobado que el líquido penetra progresivamente en el ciego, en el intestino delgado y por último en el estómago; por consiguiente, la tensión es muy poco considerable, siempre y cuando se proceda muy lentamente y con una presión muy débil, pues haciéndolo así el líquido se introduce con mucha suavidad.

A partir de 2 litros, el líquido penetra en el intestino delgado, y á partir de 4, llega al estómago.

La enteroclisis ano-bucal no está exenta de inconvenientes y su utilidad puede ser problemática en la inmensa mayoría de los casos; pero en cambio, el lavado completo del intestino grueso y á veces el del intestino delgado puede prestar buenos servicios.

La enteroclisis puede practicarse simplemente con agua hervida pura ó adicionada con *tanino* al 2 por 1000, ó con *nitrato de plata,* en la proporción de 10 centigramos hasta 1 por 1000, ó con antisépticos de los que más adelante nos ocuparemos.

La *ducha ascendente* que se practica en *Plombières* y en *Aix-les-*

Bains y se toma en posición sentada, puede asimismo lavar una parte del intestino grueso, pero de un modo menos completo que la enteroclisis: lo que hace tal vez es estimular más enérgicamente las contracciones intestinales.

Los *purgantes* promueven también la eliminación de los productos tóxicos intestinales, y algunos autores afirman que después de administrarlos han comprobado la disminución de los ácidos sulfoconjugados en la orina.

Los purgantes que mejor resultado dan son los salinos, especialmente las *sales sódicas*, que son las menos tóxicas: *sulfato, nitrato,* etc.

Desde otro punto de vista se ha utilizado el poder absorbente del *carbón vegetal* á una dosis de 100 gramos diarios en glicerina, habiéndose obtenido por este medio, la desodoración total de las materias fecales en la *fiebre tifoidea*.

2.° Régimen dietético

El régimen dietético contra los trastornos de intoxicación intestinal, debe dirigirse especialmente á disminuir las fermentaciones intestinales anormales: se suprimirá, por consiguiente, todo alimento que pueda contener toxinas ya formadas ó gérmenes capaces de provocar la formación de las mismas, es decir, todas las carnes manidas, las conservas y los quesos fuertes, y se aconsejará, por el contrario, una alimentación que deje muy pocos residuos en el intestino, como, por ejemplo, la leche y los huevos. No insistimos más sobre este particular, pues ocasión tendremos para extendernos sobre ello al estudiar la diarrea.

D. — MEDICACIÓN CONTRA LA INFECCIÓN. — ANTISEPSIA INTESTINAL

1.° Antisepsia mecánica

Las toxinas de origen microbiano son las que más importante papel desempeñan en la génesis de los accidentes de intoxicación intestinal; los medios mecánicos indicados para expulsar del intestino las toxinas servirán también para expulsar los microbios que las engendran. Sin embargo, si se quiere obtener este resultado, será bueno practicar el lavado intestinal con agua adicionada con antisépticos: *naftol* á 25 centigramos por 1000, *nitrato de plata* á 10 centigramos por 1000, *permanganato de potasa y de cal*, en soluciones ligeras, agua saturada de *sulfuro de carbono,* etc.

Asimismo se modificará algo la elección de purgantes para lograr el

objeto indicado. Si para la eliminación pura y simple de las toxinas es recomendable el uso del *sulfato de sosa,* que no es en manera alguna tóxico, como purgante antiséptico debe emplearse preferentemente el *sulfato de magnesia,* cuya toxicidad es muy poco mayor, siendo, en cambio, superior su poder microbicida. En efecto, el magnesio forma parte de una serie de metales que comprende el plomo, el hierro, el cobre, etc., cuyos sulfatos son antisépticos poderosos, pero demasiado tóxicos para ser empleados en el caso que nos ocupa. Por el contrario, la toxicidad del sulfato de magnesia es, por excepción, insignificante.

Por análoga razón se recurrirá á los *calomelanos,* purgante y sal de mercurio, que da origen en el tubo digestivo á una pequeña cantidad de bicloruro y de sulfuro antisépticos. Según Bartoschewitsch, cuando se emplean como purgante los calomelanos, la disminución de los compuestos sulfoconjugados en la orina es mucho mayor que cuando se usa el aceite de ricino. Otra de las ventajas de los calomelanos es la comodidad de su empleo, especialmente en los niños.

El *salicilato de magnesia,* que se descompone en ácido salicílico y en sal magnesiana, ambos antisépticos, se encuentra en las mismas condiciones.

La prueba de la acción mecánica realizada por los purgantes en la eliminación microbiana, nos la han proporcionado Gilbert y Dominici, quienes han calculado en 12 mil millones la cantidad de elementos microbianos eliminados con las evacuaciones durante un día; después de la administración de un purgante salino esta cantidad se eleva á 400 mil millones para descender al siguiente día á medio millar.

2.° Antisepsia medicamentosa

¿Es posible la antisepsia intestinal medicamentosa? ¿Da resultados apreciables? Estas preguntas han sido negativamente contestadas por algunos que han declarado ser imposible llegar á esterilizar completamente el tubo digestivo sin emplear dosis muy tóxicas. Recientemente este método era vigorosamente combatido en la Sociedad de Terapéutica. Pero la cuestión no está en esterilizar el intestino, en matar todos los microbios que en él habitan, sino únicamente en colocar á éstos en un medio desfavorable y desvirtuar su vitalidad y sobre todo su función segregante. Pues bien, después de aplicados los medicamentos que vamos á estudiar, se ha visto desaparecer el olor de las materias fecales, menguar el poder tóxico de la orina (Bouchard, Gilbert) y disminuir su riqueza en productos de origen pútrido, especialmente los ácidos sulfoconjugados y el

ácido quinúrico (van Haagen).—Es cierto, como hace notar Stern, que estas modificaciones se refieren particularmente á los fenómenos de putrefacción, que no constituyen el todo en la patología tóxica é infecciosa del intestino; pero no por esto dejan de expresar el modo de acción de la intervención terapéutica.

En tesis general, un buen antiséptico intestinal ha de ser, según Bouchard:

Muy poco soluble, de modo que sólo sea absorbido en muy poca cantidad y que no sea tóxico;

En polvo impalpable que penetre en todos los repliegues de la mucosa y se mezcle enteramente con la materia fecal;

Administrado en dosis fraccionadas que se repartan lo más igualmente posible por toda la longitud del tubo digestivo, y que no sea el antiséptico evacuado en seguida en masa por la diarrea.

Entre los medicamentos sucesivamente empleados por Bouchard, han resultado ineficaces los *sulfitos*, los *hiposulfitos*, el *ácido fénico*, la *creosota* y el *ácido bórico*.

El *sulfuro negro de mercurio* y la *naftalina* deben ser eliminados como peligrosos, aquél como demasiado absorbible y ésta porque origina accidentes en el aparato urinario.

El *salicilato de bismuto*, empleado ya por Vulpian, se descompone en ácido salicílico antiséptico y óxido de bismuto, que obra como el subnitrato, el galato, etc. Se administra á la dosis de 2 á 10 gramos en tomas sucesivas de 50 centigramos á un gramo.

El *salicilato de magnesia*, que se descompone del mismo modo, da un antiséptico y un purgante ligero; así es que se administra especialmente cuando hay estreñimiento á la dosis de 2 á 5 gramos. Huchard lo recomienda particularmente en la fiebre tifoidea.

El *salicilato de fenol* ó *salol* se desdobla en el intestino, bajo la acción del jugo pancreático, después de haber atravesado el estómago. Su poder antiséptico es muy escaso y además los dos elementos en que se descompone, ácidos fénico y salicílico, son solubles y absorbibles.

El *salicilato de naftol* ó *betol*, es, al parecer, completamente insoluble en el estómago, pero seguramente rebaja, al principio de su uso, la tasa de ácido clorhídrico libre ó combinado, y retarda el quimismo gástrico.

El *eucaliptol* es una mezcla de: ácido salicílico, 6 gramos; ácido fénico, esencia de eucalipto 1 gramo. Su sabor es muy ardiente, puede darse á la dosis de 5 á 6 gramos diarios.

El inconveniente común á todos los medicamentos de esta serie es

la formación del ácido salicílico, que aunque excelente antiséptico, es bastante soluble y se elimina por los riñones, razón por la cual es preciso, cuando se emplean aquéllos, vigilar la orina. Además, los tales medicamentos producen á veces zumbidos de oídos (Chaumier).

El *naftol-β* es el antiséptico preferido por Bouchard, y según parece, tiene todas las ventajas y ninguno de los inconvenientes de los medicamentos antes indicados. A una dosis de 33 centigramos por litro de caldo, se opone á la germinación de gran número de especies microbianas, especialmente del carbunco, del estreptococo, del pneumococo y de los estafilococos. Determina la desodoración de las materias fecales, y en las enfermedades tifódicas mantiene la lengua húmeda, hace cesar el estado tuliginoso y evita la aparición de los accidentes ataxo-adinámicos. Es asimismo muy poco tóxico: su toxicidad es igual á 1gr,60, al paso que la de la naftalina es de 0gr,60 y la del yodoformo de 0gr,10.

Desgraciadamente es muy irritante para el estómago, exagerando en primer término la secreción clorhídrica y produciendo luego, por agotamiento de la mucosa, la anaclorhidria. De aquí que debe prohibirse en absoluto su uso á los hiperclorhídricos y que nunca debe administrarse durante mucho tiempo.

Se prescribe en sellos de 0gr,50 en número de tres á doce cada veinticuatro horas.

El *naftol-α* parece ser todavía menos tóxico y más antiséptico.

El *benzoato de naftol* ó *benzonaftol*, insoluble en el agua, se descompone en el intestino en dos cuerpos antisépticos, el naftol y el ácido benzoico: este último es menos irritante que el ácido salicílico (del betol) y se elimina por la orina en forma de ácido hipúrico. Según los experimentos de Gilbert, de Legendre y de Mathieu, el benzonaftol no ejerce acción alguna sobre la digestión gástrica, lo cual significa una ventaja sobre el naftol β y sobre el salicilato (betol). Cierto que su poder antiséptico es inferior en una mitad, á la del naftol; pero este punto es poco importante, puesto que puede ser administrado, sin ningún inconveniente, á dosis elevadas, de más de 5 gramos, en tomas de 50 centigramos. Como no tiene el sabor ardiente del naftol, puede darse lo mismo en poción que en sellos. Su uso está actualmente muy generalizado y tiende á sustituir en muchos casos al naftol.

El *naftolato de bismuto* ú *orfol*, recientemente introducido en Francia por Chaumier (de Tours), es un polvo gris que no ha de tener gusto ni sabor alguno, y contiene 26'5 de naftol y 73'5 de óxido de bismuto. Una dosis de 10 gramos diarios administrada á algunos perros durante tres semanas seguidas, no ha producido ningún efecto nocivo. En

el niño es absolutamente inofensivo á la dosis de 5 gramos en diez sellos, ó en poción:

Orfol.	5 á 10 gramos
Julepe gomoso.	200 —

H. s. a. Poción que se tomará á cucharadas grandes.

A pesar de la regla general sentada por Bouchard, puede ser útil en ciertos casos el empleo de algunos antisépticos solubles: entre éstos merece figurar en primer término el *ácido láctico*, indicado por Hayem como verdadero específico contra las diarreas verdes infecciosas de los niños y como muy eficaz en el tratamiento del cólera y de las demás diarreas. En forma de limonada lo toman los niños fácilmente:

Acido láctico.	10 á 15 gramos
Jarabe de membrillo.	200 —
Agua.	800 —

M. s. a.

También puede emplearse la limonada *clorhídrica*.

La *resorcina* ó *dioxibencina*, á dosis de 2 á 5 gramos diarios, ha prestado también excelentes servicios.

Es evidente que puede combinarse la acción de varias de estas substancias. He aquí algunas de las fórmulas más usadas:

Naftol β.	15 gramos
Salicilato de bismuto.	7 gr. 50

M. s. a. Divídase en 30 sellos, de los cuales se tomarán de tres á doce cada veinticuatro horas.

Salicilato de bismuto.	aa. . .	0 gr. 50
Benzonaftol.		
Resorcina pura.		

Para un sello: tres al día espaciados (EWALD).

Benzonaftol	aa. . .	0 gr. 25
Carbón de álamo pulverizado. . . .		

Para un sello: de cuatro á diez al día.

Acido clorhídrico puro.	aa. .	2 gramos
Resorcina.		
Jarabe de corteza de naranjas amargas. . . .		20 —
Agua.		180 —

M. s. a. Una cucharada grande cada dos ó cada cuatro horas (MENCHE).

E.—MEDICACIONES CONTRA LAS CONSECUENCIAS DE LAS ENTERITIS

Las más de las veces las enteritis agudas simples permiten, una vez curadas, que se restablezca rápidamente el organismo; lo mismo sucede

en algunos casos de enteritis agudas específicas las más graves y sabido es cuán rápida, en algunas ocasiones, es la convalecencia del cólera.

Mas no acontece lo mismo con las enteritis crónicas, que con frecuencia dejan en pos de sí una anemia profunda, una depresión general de las fuerzas, una verdadera caquexia.

Para luchar contra estos elementos, lo primero que debe hacerse es recurrir á un régimen alimenticio que, sin dejar de adaptarse á las condiciones morbosas, sea suficientemente nutritivo. Uno de los principales elementos de esta alimentación será la pulpa de carne preparada según las indicaciones que en otro lugar daremos (véase DIARREA).

La vida al aire libre, la *hidroterapia*, el *masaje*, las *fricciones*, el *ejercicio* graduado son convenientes: con frecuencia ha dado excelentes resultados la permanencia en algún sitio de la *costa*.

IV

Indicaciones derivadas de la naturaleza de la lesión y del punto en donde ésta radica

Lo primero que se trata en las enteritis son los síntomas y luego se combate la causa, si es posible determinarla: intoxicación, infección, etc.

A. — De la *naturaleza anatomo-patológica* de las lesiones sólo se deducirá á menudo una indicación; pero esta indicación es capital. Cuando se lucha contra una enteritis ulcerosa, disentérica, tuberculosa, y sobre todo tifódica, es preciso abstenerse de obrar por excitación de los movimientos intestinales: purgantes salinos y muy particularmente drásticos, masaje, etc.

B.—En cuanto al *diagnóstico topográfico* de la lesión, de él se deduce una indicación importante: cuando la afección resida en una región abordable por la vía rectal (recto, colon), como en la disentería y en la colitis muco-membranosa, se procurará obtener por esta vía la antisepsia intestinal y se hará todo lo posible por modificar localmente la región enferma. En la colitis muco-membranosa especialmente, en la que la enteritis, comúnmente muy superficial, va acompañada de crisis dolorosas y de espasmos, la enteroclisis practicada con agua hervida, á una temperatura de 38° y mezclada con un poco de *borato de sosa*, obrará como antiséptico mecánico y como verdadera aplicación emoliente, antiespasmódica, siempre y cuando se proceda con mucha suavidad por razón de la sensibilidad, á veces extremada, de los enfermos. Colocado éste en decúbito dorsal, se inyectará con muy poca presión medio litro de agua,

que se dejará fluir, luego un litro y después mayor cantidad, en una ó en varias sesiones sucesivas.

Este tratamiento da con frecuencia buenos resultados; pero si se trata de una forma grave con accesos disenteriformes, se procurará modificar localmente la mucosa inyectando agua yodada:

Tintura de yodo.	10 gramos
Agua hervida.	990 —

Disuélvase. (DUJARDIN-BEAUMETZ).

ó soluciones de *nitrato de plata* á 20, 40, 50 centigramos hasta 1 gramo por 1000, empezando siempre por las dosis más pequeñas y proponiéndose llegar sucesivamente á los segmentos del intestino grueso cada vez más apartados del ano. Cada dos días, después de una primera lavativa simple de limpieza, Mathieu administra por medio del enteroclisor una lavativa de nitrato de plata, de 500 gramos, con algunas gotas de *láudano* ó sin ellas, y después de una serie de dos á tres sesiones, aplica otra vez durante algún tiempo las grandes lavativas de agua hervida simple.

También podrán emplearse ligeras soluciones de *argentamina*.

Revilliod (de Ginebra), después de una lavativa simple de limpieza, administra lentamente y con muy poca presión, estando el enfermo echado, la siguiente lavativa, que habrá de retenerse el mayor tiempo posible:

Mucílago de pepitas de membrillo.		500 gramos
Subnitrato de bismuto.	aa. .	10 —
Salicilato de bismuto.		

M. s. a.

II. — TRATAMIENTO DE LA DIARREA

I

Consideraciones generales

La diarrea es la evacuación de excrementos líquidos. Las evacuaciones hemorrágicas, purulentas, mucosas, no conteniendo materias fecales, no entran en el capítulo de la diarrea.

Desde el punto de vista clínico, hay que tener en cuenta en la diarrea la frecuencia de las deposiciones, su fetidez, su color y los fenómenos de repercusión general.

El número de evacuaciones alvinas es muy variable: unas veces se reducen á tres ó cuatro al día; otras, por el contrario, son casi incesantes,

y en este último caso son localmente causa de una fuerte irritación anal acompañada á menudo de una verdadera erupción eritematosa.

Además de la fetidez ordinaria de las deposiciones, debida en su mayor parte á la presencia del escatol y del indol, puede observarse una fetidez especial, á veces horrible, olor de maceración anatómica, especialmente cuando la diarrea es debida al esfacelo de la mucosa intestinal. También debe mencionarse el olor bastante característico de las evacuaciones tifódicas. Otras veces, por el contrario, las deposiciones diarreicas, que constituyen un verdadero lavado del intestino, son inodoras.

El color de las deposiciones diarreicas varía mucho, pudiendo ser muy negras, como la brea cuando contienen una pequeña cantidad de sangre descompuesta, ó de un color blanco térreo «de almáciga» en las diarreas que acompañan á la retención biliar: entre estos dos colores extremos, la diarrea puede presentar todos los matices intermedios. Dos colores son bastante característicos: el del puré de guisantes de las deposiciones tifódicas y el color verde de ciertas diarreas infantiles, debido, dentro de un primer grupo de casos, al aumento de la secreción biliar, y, dentro de otro grupo, á la presencia de un pigmento verde especial, segregado por un bacilo cromógeno, perfectamente estudiado por Lesage.

Por lo que se refiere á los accidentes de repercusión general, prescindiendo de los provocados por la causa de la diarrea, débense especialmente á la intensidad á veces excesiva del dolor y sobre todo á la copiosa eliminación, con las deposiciones, de una parte importante del agua necesaria al organismo, de donde resultan fenómenos coleriformes muy graves, con anemia, cianosis, pulso débil, enfriamiento general, etc.

II

Patogenia y etiología

El mecanismo de la diarrea puede efectuarse de dos maneras:

Sabido es que el quilo, cuando pasa del ileon al ciego, es todavía muy líquido y que adquiere su firme consistencia en el intestino grueso por efecto de la reabsorción parcial del agua. Es evidente que, para que pueda realizarse esta reabsorción, es precisa una permanencia bastante prolongada en el intestino grueso, de modo que un exceso de actividad muscular de este órgano constituirá un obstáculo para la absorción y determinará la diarrea. Por otra parte, es necesario que la circulación de retorno

del agua absorbida se verifique libremente: por consiguiente, si hay estancamiento vascular, habrá obstáculo para la absorción y por ende diarrea.

Asimismo puede producirse la diarrea si, en vez de obstáculo á la absorción del agua en el intestino grueso, hay exageración en la secreción de las glándulas intestinales ó si existe exudado de un líquido seroso en la superficie de la mucosa.

Aunque algunos autores han querido limitar la importancia patogénica del segundo factor (Thiry, Radziéjewski), no puede negarse la realidad de la misma.—Lo cierto es que casi siempre esos dos mecanismos juntan su acción, predominando, empero, uno de ellos.

Tenemos, pues: 1.° Defecto de absorción. . { por pasar demasiado rápidamente el quilo al intestino grueso. / por estancamiento vascular hacia abajo.

2.° Exceso de líquido. . . { por hipersecreción de las glándulas intestinales. / por exudación de líquido seroso.

Fácil es deducir cuáles son las causas etiológicas que pueden poner en acción esos dos mecanismos:

A.—Exageración de la motilidad. Debida á la acción sobre los ganglios nerviosos propios situados en las mismas paredes del intestino:

1.° *De reflejos que parten de la misma mucosa intestinal* anormalmente excitada por la presencia de una flegmasía, de una ulceración ó de un neoplasma, ó por el contacto de substancias irritantes ingeridas (indigestión gastro-intestinal), nacidas en el sitio mismo á consecuencia de fermentaciones anormales (auto-intoxicación) ó de secreción microbiana de acción exclusivamente local (empacho gástrico) ó que se absorbe para producir una intoxicación general (fiebre tifoidea), ó bien eliminadas por el intestino por la circulación general (infecciones, uremia).

2.° *De reflejos debidos á trastornos de la sensibilidad cutánea*, como el frío, á cuya acción no pueden exponerse ciertos neuro-artríticos sin tener inmediatamente diarrea, las quemaduras superficiales, etc.

3.° *De una acción central* (Richet) (1) cuando el organismo procura desembarazarse de productos tóxicos. En efecto, puede determinarse la diarrea inyectando directamente en la sangre toxinas del pus azul (Charrin), de la difteria (Roux y Yersin), de la fiebre tifoidea (Sanarelli), del cólera experimental...

4.° *De trastornos medulares*, como la diarrea de los tabéticos estudiada por Fournier.

(1) Richet.—*Soc. de biologie*, 13 de Julio de 1895.

5.° *De trastornos psíquicos,* diarrea emotiva, diarrea de los neuróp atas, neurasténicos, histéricos, enfermos del mal de Basedow.

B.—Obstáculo á la circulación de retorno: es la diarrea por estancamiento venoso de los cardíacos en hiposistolia.

C.—Exageración de la secreción de las glándulas intestinales, cuando hay congestión é inflamación catarral más ó menos marcada de la mucosa intestinal. Este es también uno de los factores de la diarrea en la saburra simple.

D.—Finalmente, exudado de líquido seroso á nivel de la mucosa intestinal, especialmente en la enfermedad de Bright.

Pero al lado de estas causas, como muy acertadamente hace observar Mathieu, hay que tener siempre muy en cuenta el modo de reacción vital particular á tal ó cual categoría de seres vivos, y sobre todo la excitabilidad morbosa del sistema nervioso (artritismo, nervosismo).

Estos largos preliminares eran necesarios, porque cada uno de estos puntos es punto de partida de indicaciones terapéuticas especiales. Nos limitaremos, sin embargo, á estudiar la acción contra los factores patogénicos, refiriéndonos para todo lo relativo á los factores etiológicos, á los capítulos especiales de este tratado y particularmente á los consagrados al estudio de las enteritis.

III

Indicaciones terapéuticas

A.—Exageración de la motilidad.—Dolores.—Medicación antiperistáltica

La exageración de la motilidad se traduce sintomatológicamente por el dolor, el *cólico,* sobre todo si las contracciones exageradas residen en el colon.

1.° El medicamento antiperistáltico preferible es el *opio* y uno de sus alcaloides la *morfina.* Puede administrarse el opio en poción ó en píldoras; en forma de *polvos,* de 5 á 20 centigramos, de *extracto tebaico* de 1 á 10 centigramos.

Extracto tebaico.	0 gr. 05
Julepe gomoso.	120 gramos

H. s. a. poción. A cucharadas grandes.

Puede reemplazarse el extracto tebaico por:

El *láudano de Sydenham,* del cual XXXIII gotas pesan un gra-

mo, y representan 0gr,0625 de extracto. Dosis: 50 centigramos á 2 gramos.

El *elixir paregórico,* 10 gramos del cual representan 5 centigramos de extracto, 1 gramo = 0gr,005. Dosis: de 2 á 20 gramos (la tintura paregórica de la Farmacopea española contiene 8 centigramos de opio por gramo, de suerte que la dosis máxima será la de 2 ó 3 gramos).

Las *gotas negras inglesas,* que contienen 50 por 100 de extracto. Dosis de I á V gotas.

Tintura de extracto á 1 por 12, V á XXX gotas.

Jarabe de opio á 1 por 500.—20 gramos=4 centigramos. Dosis: de 5 á 50 gramos.

Jarabe de diacodión 20 gramos=1 centigramo de extracto. Dosis: 20 á 100 gramos.

Si los cólicos que acompañan á la diarrea son muy intensos, se podrá dar:

Extracto tebaico		0 gr. 05
Jarabe de anís	aa.	10 gramos
— de éter		
— de menta	aa.	50 —
Agua		

H. s. a. poción. Tómese en dos ó tres veces en un intervalo de un cuarto de hora.

En la actualidad, adminístranse todavía ciertos preparados opiados de la farmacopea antigua, especialmente el *diascordio* de Fracastor, un gramo del cual=0gr,006 de extracto tebaico. Dosis: de 4 á 7 gramos. En la forma simplificada por Bouchardat, 1 gramo = 0gr,002 de morfina.

Si los opiados no pueden ser administrados por las vías digestivas superiores, pueden prescribirse en lavativas de pequeño volumen, que se darán por medio de una pequeña pera.

Láudano de Sydenham	XX gotas
Cocimiento de ratania	100 gramos
ó — de malvavisco	100 —
ó — de linaza	100

Para un enema.

O bien en forma de supositorio:

Extracto de opio	0 gr. 02
— de belladona	0 gr. 01
Manteca de cacao	3 gramos

Para un supositorio.

Por último, en caso de intolerancia absoluta ó de dolores muy intensos, se emplearán las inyecciones subcutáneas de *morfina.*

Clorhidrato de morfina. . . . . 0 gr. 20
Agua destilada de laurel cerezo. . . . . 10 gramos
Disuélvase.

Una inyección hipodérmica de 1 centímetro cúbico = 2 centigramos de morfina, obra casi como 4 centigramos administrados por la boca ó como 10 centigramos de extracto tebaico.

2.° Se han empleado también, con más ó menos éxito, algunos sucedáneos del opio, tales como el *lactucario*, extracto de lechuga, muy ponderado hace algunos años y empleado á la dosis de 10 á 20 centigramos;

El *cáñamo indio* (cannabis indica), en forma de tintura, á dosis de X á XXX gotas;

La *clorodyna*, preparado angloamericano secreto, muy en boga y probablemente á base de morfina, cloroformo y ácido cianhídrico diluído, á la dosis de V á XV gotas, ó de una cucharadita de té, según las fórmulas: trátase, como se ve, de un producto variable.

3.° Buxbaum (1) ha estudiado las diferentes aplicaciones *hidroterápicas* convenientes á la diarrea según las causas de ésta. Contra un peristaltismo exagerado es preciso emplear el baño de asiento de temperatura apenas inferior á la del cuerpo y de treinta á sesenta minutos de duración, seguido de un semicupio de 24 á 20°, después del cual el enfermo se pondrá un vendaje en el cuerpo hasta que esté bien caliente. Las envolturas húmedas calientes constituyen un buen auxiliar: á este fin se aplican compresas empapadas en agua caliente y envueltas en franela seca.

Si el peristaltismo exagerado es debido á una alimentación viciosa, Buxbaum recomienda más bien los baños de asiento fríos (10 á 18°) de corta duración (uno á cinco minutos).

Si la exageración de las contracciones obedece á un catarro intestinal, se recurrirá á los medios hidroterápicos que obran mecánicamente por el calor en la circulación; la vasodilatación cutánea produce una depleción de los vasos de la mucosa intestinal. El mejor medio para conseguir este fin es hacer fricciones enérgicas con un lienzo basto, mojado en agua fría y bien escurrido: también pueden aconsejarse las duchas frías ó los baños de asiento de 10 á 14° de una duración de diez, veinte ó treinta minutos.

Sabido es, por otra parte, que el uso de las compresas frías y aun de la vejiga de hielo, da á menudo excelentes resultados en el tratamiento de la diarrea intensa de los tifódicos.

(1) Buxbaum.—*Blätter f. kl. Hydrotherapie*, 1895.

La combinación de las fricciones, los baños de asiento y cinturón abdominal produce resultados mucho más enérgicos.

B. — OBSTÁCULO Á LA CIRCULACIÓN DE RETORNO. MEDICACIÓN EXPOLIADORA

Uno de los accidentes más precoces en ciertos cardíacos en estado de hiposistolia es el estancamiento en el sistema porta: como este estancamiento constituye un obstáculo para la reabsorción del líquido intraintestinal, el agua es evacuada en estado de diarrea serosa. Es evidente que si no puede ser absorbida el agua, menos fácilmente lo serán los elementos nutritivos. De aquí la conveniencia de poner fin á ese estado de cosas, y en estos casos el método que se impone es la medicación expoliadora.

Pero conviene determinar esta expoliación al mismo nivel del sistema porta, de modo que, á menos de una indicación especial que requiera una *sangría*, se practicará preferentemente lo que acertadamente se ha denominado una *sangría blanca*. En efecto, un purgante que exalte la secreción glandular, eliminará una cantidad bastante considerable de suero, descongestionará momentáneamente el sistema venoso y permitirá durante algún tiempo la reabsorción.

La clase de los purgantes que mejor responden á este fin está constituída por los purgantes *salinos*, debiendo en tal caso recurrirse con preferencia al *sulfato de sosa*, que es menos tóxico, administrándolo, si se quiere, bajo la forma de agua de *Villacabras* (120 gramos por litro).

C.—EXAGERACIÓN DE LA SECRECIÓN DE LAS GLÁNDULAS INTESTINALES

Contra la hipersecreción puede intervenirse: 1.° por medio de los polvos inertes, 2.° por medio de los astringentes.

1.° Polvos inertes

Los polvos inertes obran exclusivamente de un modo mecánico, pasivamente; por lo menos no se conoce otra interpretación de su acción. Estos polvos tapizan, por decirlo así, las paredes intestinales, cubriéndolas de una capa fina, y hacen más lenta la secreción serosa: además, aglomerándose en el intestino, adonde llegan en gran cantidad, retrasan la evacuación de las materias y facilitan la reabsorción del agua. Finalmente, garantizan á modo de barniz aislador la superficie lesionada del intestino contra las causas de irritación, y merced á este mecanismo suprimen quizás hasta cierto punto la reacción motriz del órgano.

El tipo de polvo inerte administrado contra la diarrea (sobre todo la diarrea crónica) es el *talco de Venecia* (silicato de magnesia), recomendado por Debove, que se emplea á dosis grande de 100 á 600 gramos desleído en leche, en la proporción de 100 á 200 gramos por litro. Este polvo, sin sabor apreciable, es generalmente bastante bien tolerado, con tal que su uso no se prolongue mucho tiempo, y en muchos casos hemos visto que con él se contenían diarreas rebeldes á todos los demás tratamientos.

La *creta preparada*, á la dosis de 10 á 25 gramos cada veinticuatro horas, desleída en leche ó en agua azucarada ó administrada en sellos, es también útil, especialmente por razón de sus propiedades alcalinas, contra la diarrea provocada por la hiperclorhidria gástrica.

El *subnitrato de bismuto* es uno de los medicamentos de uso más frecuente. Monneret dice haberlo prescrito, sin inconveniente, en cantidad hasta de 70 á 100 gramos; esto no obstante, conviene ser muy prudente en emplearlo á dosis considerables, por razón del plomo ó del arsénico que á menudo contiene. Soulier opina que no debe pasarse de una dosis diaria de 10 gramos.

En la actualidad, se emplea menos el subnitrato de bismuto, sustituyéndolo por el *salicilato* (3 á 10 gramos), porque éste á su acción mecánica une propiedades antisépticas muy marcadas, y por el *galato básico* ó *dermatol* (1 á 4 gramos) que, además, es astringente.

Dermatol.		2 gramos
Agua destilada de lechuga.	aa.. .	30 —
Jarabe de membrillo.		

M. s. a. Dos cucharadas pequeñas cada hora.

2.° Astringentes

El tipo de los astringentes antidiarreicos es el *tanino*, base activa de gran número de substancias que encontraremos más adelante. Se administrará á la dosis de 50 centigramos á 2 gramos diarios, bien en píldoras de 10 á 20 centigramos, bien en poción, ó en solución en un poco de grog, como recomienda Mathieu.

Tanino.	2 gr. 50
Jarabe de corteza de naranjas amargas. . . .	50 gramos
Agua.	150 —

H. s. a. poción.—A cucharadas grandes de hora en hora.

Si la diarrea es ocasionada por lesiones de la parte inferior del intestino grueso, dará buen resultado prescribir ese medicamento en lavativa, 1 á 2 gramos, en 300 gramos de agua.

Muy recientemente se han empleado en Alemania dos compuestos tánicos, el *tanígeno*, ácido diacetil-tánico, combinación del tanino y del ácido acético, polvo inodoro, insípido; y el *tanalbino*, albuminato de tanino expuesto durante cinco ó seis horas á una temperatura de 110 á 120°, polvo de color amarillo obscuro é insípido. La gran ventaja que estos dos cuerpos tienen sobre el tanino es que son insolubles en el agua y en las soluciones ácidas, de suerte que atraviesan sin modificación la boca y el estómago, llegan al jugo intestinal alcalino y se descomponen en él dejando al tanino en libertad. El tanígeno, que se da á la dosis de 1gr,50 á 3 gramos en sellos ó mezclados con los alimentos, obra de una manera casi específica en la diarrea con materias fecales que contienen grandes cantidades de moco, mezclado ó no con sangre ó con pus: su acción es muy rápida en el catarro subagudo. En las formas crónicas, son frecuentes las recaídas y es preciso, de cuando en cuando, reproducir el tratamiento. El tanalbino, á dosis de 2 á 3 gramos en el adulto, tomado en tres veces, parece especialmente indicado, según Engel, en la diarrea aguda, en el catarro intestinal crónico y en la diarrea de los tuberculosos.

La *ratania* contiene 20 á 40 por 100 de tanino. El extracto se administra á la dosis de 50 centigramos á 5 gramos en poción y de 5 á 10 gramos en lavativas. El jarabe del Códex contiene 50 centigramos por 20 gramos.

Extracto de ratania.	aa. .	4 gramos	
Éter sulfúrico..			
Hidrolato de menta..	aa. .	60	—
— de melisa..			

H. s. a. poción Una cucharada grande cada cuarto de hora.

El *catecú* obra de la misma manera: se usa especialmente el jarabe dosificado á 50 centigramos de extracto por 20 gramos.

La *fresa*, la *bistorta*, la *tormentila*, la *potentila*, las *hojas de nogal* y la *sanícula* obran también por el tanino que contienen. El cocimiento de *pepitas de membrillo* (10 á 30 gramos por litro de agua) obra por su tanino y por el mucílago.

La *rosa común* ha sido muy ponderada por Alexeivsky y de Maurans. Su empleo es sencillísimo: se pone en infusión durante dos horas una pulgarada de pétalos de esta flor en un vaso de agua caliente, y se toma dos ó tres veces al día.

La *cotoína* y la *paracotoína* han sustituído á las cortezas de coto y paracoto. En el tratamiento de las diarreas subagudas, se da la primera á la dosis de 5 á 10 centigramos en una ó en dos veces, en polvo ó en

emulsión gomosa, y la segunda, poco soluble, á la dosis de 10 á 20 centígramos cada dos ó tres horas en polvo mezclado con azúcar.

En otro grupo inmediato, encontramos el *nitrato de plata*, que se prescribe especialmente en píldoras:

Nitrato de plata.	0 gr. 50
Polvo de gluten.	1 gramo
Extracto de grama.	C. s.
Glicerina.	

Para 50 píldoras que contengan cada una 1 centigramo de nitrato.

De 1 á 10 píldoras al día.

ó en lavativas en caso de lesiones de la porción inferior del intestino grueso:

Nitrato de plata..	0 gr. 05 á 0 gr. 15
Agua destilada.	120 gramos
Glicerina.	30 —

Para un enema.

El *acetato de plomo*, en píldoras de 1, 5, 10 y hasta 50 centigramos al día. La toxicidad del plomo hace que deba emplearse este medicamento con mucha prudencia.

El *percloruro de hierro*, de X á XX gotas al día.

El mismo tratamiento se seguirá en la diarrea por exudado del líquido seroso á nivel de la mucosa intestinal.—Además, en este caso aconseja Buxbaum la *hidroterapia*, que obra estimulando el tono de los vasos intestinales.

Tales son las medicaciones dirigidas contra los factores patogénicos de la diarrea. En cuanto al tratamiento según las circunstancias etiológicas, no insistiremos en él, pues en el capítulo de las enteritis hemos estudiado más extensamente la acción de los elementos infecciosos ó tóxicos y las medicaciones antisépticas, evacuantes, etc. La diarrea de los hiperclorhídricos será tratada con su misma causa. Las diarreas nerviosas de origen psíquico (neurastenia, miedo), á veces muy rebeldes, se curarán á menudo merced á un tratamiento moral. Se conseguirán también buenos resultados con el empleo de los *semicupios*, cuya temperatura se disminuirá progresivamente á 24 y 22°. En cuanto á la diarrea de los tabéticos, es generalmente rebelde á todo tratamiento.

Guéneau de Mussy y Ollive han descrito un tipo clínico especial, la *diarrea matutina*. Algunos individuos hacen con regularidad todas las mañanas varias deposiciones diarreicas, que no se repiten durante el día. Esta forma es muy rebelde y la mejor manera de combatirla es el régi-

men. Por otra parte, en toda diarrea la prescripción de un régimen ha de ser una de las primeras preocupaciones del médico.

D.—RÉGIMEN

Este régimen ha de tender á dos fines:

1.° *Disminuir los residuos alimenticios* en el intestino, para impedir su acción irritante mecánica. Es preciso, pues, dar una alimentación nutritiva en un volumen pequeño, y por consiguiente debe suprimirse todo alimento que tenga por base la celulosa vegetal, como, por ejemplo, las legumbres verdes. Es conveniente el uso de la *carne cruda*, picada, molida ó aun mucho mejor rallada en la dirección de las fibras musculares y luego machacada en el mortero y tamizada, con lo cual se eliminan de ella la mayor parte de los detritus no digeribles. Hecho esto, se la echa en caldo de carne ó tapioca; también es de buen tomar mezclada íntimamente con un puré de patatas, de guisantes ó de lentejas. Una vez rallada la carne, se la puede también secar extendiéndola en capa delgada en un plato, que se coloca á modo de tapadera sobre una cacerola con agua caliente.

Están asimismo muy indicados los *huevos*, pero deberán tomarse muy poco cocidos, y mejor crudos, en cuyo caso será preciso que sean lo más frescos posible. Si el enfermo lo prefiere, se les podrá pasar durante algunos instantes por agua tibia.

La *leche* es un alimento completo y una de las substancias que menos residuos dejan en el intestino: se puede prescribir como régimen absoluto continuado durante mucho tiempo ó como régimen parcial, y se administrará en pequeñas cantidades cada vez, pero á menudo sin que nunca exceda la toma de una taza. Si es necesario, se le añade un poco de agua de *Vichy* ó de *Soultzmatt* ó se la aromatiza alternativamente con flor de azahar, vainilla, canela, café, kirsch, ron, agua de laurel-cerezo. También se le puede añadir arroz. Si se quiere que sea más nutritiva, se batirán dos yemas de huevo con azúcar en polvo y un poco de kirsch y se añadirá la leche agitando continuamente la mezcla. Hay que tener en cuenta, sin embargo, que la leche produce en determinadas personas diarrea, así como en otras es causa de estreñimiento: por esto será preciso explorar prudentemente la sensibilidad de cada enfermo.

2.° *Disminuir las fermentaciones intestinales anormales;* por consiguiente deberán excluirse en absoluto de la alimentación todas las carnes manidas, y aun las simplemente en conserva, embutidos, conservas...; los quesos fuertes. Desde este punto de vista, el régimen lácteo

contribuye también al resultado que se quiere obtener. Gilbert y Dominici han visto disminuir en las deposiciones el número de microbios desde el primer día del régimen lácteo; al cabo de cinco días, el número de aquéllos era setenta veces menor que antes de empezarlo.

En casos graves, de intolerancia completa del aparato digestivo, se recurrirá á una verdadera *dieta hídrica*, con agua de *Soultzmatt*, idéntica á la que tan buenos resultados ha dado á Luton y Remy en el tratamiento de la diarrea infantil.

E.—RESTITUCIÓN DEL AGUA PERDIDA POR EL ORGANISMO

En ciertos casos de diarreas coleriformes incoercibles, el enfermo, en un verdadero estado de deshidratación, en colapso, experimenta una sed intensa, con anuria, enfriamiento general, cianosis, debilidad del pulso. En estas circunstancias realmente graves, la primera indicación es restituirle por todos los medios posibles una parte del agua que ha eliminado.

1.° Esta agua se prescribirá en forma de ligera infusión de *té negro*, con un poco de ron, de grog caliente, de vino caliente ó en forma de *café negro;* de este modo se logrará el objeto deseado y al mismo tiempo se estimulará enérgicamente al enfermo. Estas bebidas, *absorbidas en pequeñas cantidades de una vez*, se alternarán con *limonada láctica*, que obrará como antiséptico:

Acido láctico puro.	10 á 20 gramos
Jarabe simple.	60 —
Agua aromática.	30 —
Agua.	C. s. para 1000

M. s. a.

2.° Si los líquidos así ingeridos son eliminados por vómitos ó aumentan la diarrea, se restituirá el agua al organismo por medio de *inyecciones en el tejido celular subcutáneo*.

Estas inyecciones se practicarán en las regiones en donde el tejido celular es abundante y poco compacto, especialmente en las partes laterales del tronco, en la espalda y á lo largo de la línea axilar posterior.

Para ello se empleará una jeringa ó, si se quieren inyectar cantidades algo considerables, el aparato utilizado por Burlureaux para las inyecciones de creosota, que permite inyectar en una sesión 150 ó 200 gramos: Mathieu ha llegado á 1,200. En la actualidad, se emplea cómodamente un aparato compuesto de un frasco cerrado por medio de un tapón de caucho con dos agujeros por los cuales pasan dos tubos de cristal encorvados á los que se adaptan dos tubos de caucho. Uno de esos tubos de cristal no

llega á nivel del líquido y termina en una pera de caucho análoga á la del balón de Tarnier que sirve para acumular aire en el recipiente, aumentar la presión en el mismo y determinar la salida del líquido por el otro tubo de cristal, que está sumergido hasta el fondo del recipiente y se prolonga merced á un tubo de caucho terminado por la aguja.

El líquido que se inyecta será el suero artificial. La siguiente fórmula es de Hayem:

Sulfato de sosa.	10 gramos
Cloruro de sodio..	5 —
Agua destilada esterilizada..	1000 —

Disuélvase y caliéntese hasta 38°.

Puede ser conveniente añadir á este suero 10 gramos de *fosfato de sosa*.

Para mayor facilidad, puede emplearse el *agua salada* esterilizada á la dosis de 7 á 10 por 1000.

3.° Si la gravedad del caso es extrema, si hay colapso muy pronunciado, en el período álgido del cólera, por ejemplo, se administrará sin vacilar este suero en *inyecciones intravenosas,* merced á las cuales Hayem, Gaillard y Lesage han conseguido verdaderas resurrecciones.

IV

¿Cuáles son las diarreas que deben respetarse?

Expuesto lo que antecede, podemos preguntarnos si es preciso intentar contener toda clase de diarreas, á lo que contestaremos que de ningún modo. En primer término, habrá de respetarse siempre la diarrea de los enfermos amenazados de inminente uremia, porque gracias á ella eliminan éstos por el intestino toxinas capaces de provocar crisis, que harían aún más laboriosa la función renal, ya insuficiente, ó se quedarían en el organismo.—En algunos casos hasta será preciso provocar esta diarrea.

También habrá de respetarse la diarrea de ciertos artríticos: Bouchard ha visto empeorar el estado de ciertas personas con la supresión de las diarreas habituales, casi fisiológicas, que padecían. Recientemente hemos observado (1), en la clínica de Spillmann, á un hombre de 43 años que venía sufriendo desde hacía muchos meses de una diarrea crónica, la cual cesó de pronto; desde el día siguiente al de esta cesación, el enfer-

(1) G. Etienne. — Dermatosis de tipo híbrido consecutiva á la cesación de una diarrea crónica, *Soc. de médecine de Nancy*, 26 de Febrero de 1896.

mo experimentó una terrible sensación de prurito generalizado, y dos días después presentábase una erupción cutánea híbrida, generalizada, debida evidentemente á la acción ejercida sobre la piel por las toxinas que antes eran eliminadas por el intestino.

Es la verdadera metastasis de los antiguos autores.

CAPÍTULO XXIX

TRATAMIENTO DE LA ENTERITIS MUCO-MEMBRANOSA

POR

J. COMBY

Médico del hospital de los Enfants-Malades

TRADUCCIÓN DE JOSÉ GÓNGORA

I

Consideraciones generales

Con el nombre de *enteritis muco-membranosa* se designa una afección caracterizada por deposiciones mucosas, viscosas, muco-purulentas, sanguinolentas, membranosas. Todos estos calificativos son legítimos, porque, según los casos, pueden encontrarse mezcladas con las materias fecales moco, glerosidades análogas á la clara de huevo cruda, materias espumosas parecidas á esputos, pus, sangre, fragmentos membranosos, etc.

A. — SINTOMATOLOGÍA

La enteritis muco-membranosa es una enfermedad frecuente y propia de todas las edades. Se la encuentra en los niños á partir del destete, en el momento en que la alimentación llega á ser demasiado abundante ó indigesta, y procede en ellos de un modo análogo al de la enteritis infecciosa con recaídas, que puede ser bastante grave para ocasionar en algunos casos la muerte. Esta enteritis es la *enteritis folicular* de los autores alemanes, así denominada porque los folículos aislados del intestino están turgescentes, hinchados, infiltrados de células embrionarias y á veces ulcerados. Esta foliculitis ocupa principalmente el intestino grueso y de aquí el nombre de *colitis disenteriforme* usado en Francia.

Su semejanza con la disentería es en algunas ocasiones muy grande:

en una y otra siente el enfermo continuamente ganas de ir al excusado, con tenesmo, pujos dolorosos seguidos de la expulsión de una cantidad insignificante de mucosidades, de glerosidades, de fragmentos á modo de cintas, etc. En algunos casos, los fragmentos expulsados por los niños preséntanse en forma de largos filamentos redondeados parecidos á lombrices, de cintas groseramente articuladas que hacen pensar en la tenia.

En resumen, en esta enfermedad, las deposiciones se caracterizan por su poca abundancia y sobre todo por su composición. Los productos que el médico examina revelan un catarro intestinal muy pronunciado con descamación más ó menos extensa de la mucosa del intestino.

El examen histológico ha demostrado que las membranas estaban formadas especialmente de mucina, si bien algunos autores afirman haber encontrado fibrina. Además de la trama mucinosa ó fibrinosa, se encuentra pus, glóbulos blancos, glóbulos rojos, bacterias y particularmente el colibacilo, que parece ser el agente más virulento en esta variedad de enteritis.

Después de una serie de paroxismos agudos más ó menos graves, que se reproducen á intervalos bastante lejanos, la enteritis muco-membranosa se cura ó pasa al estado crónico, y en este último caso se la encuentra en la segunda infancia y en la edad adulta, siendo en ésta más frecuente en el sexo femenino. Es común en las mujeres nerviosas, en las que padecen enfermedades del útero ó de sus anexos y en las que tienen estreñimiento. El estreñimiento es habitual en la enteritis muco-membranosa.

Entre las complicaciones de la enteritis muco-membranosa han de mencionarse el riñón movible (Mathieu) y la apendicitis. Dieulafoy ha visto en muchos casos la enteritis muco-membranosa asociada á la litiasis intestinal. Por otra parte, el artritismo (gota, mal de piedra, hemorroides) encuéntrase con mucha frecuencia en los enfermos, en sus ascendientes ó en sus colaterales.

Aparte de la influencia diatésica, en muchos casos innegable, pueden ser causa de esta enfermedad: los excesos alimenticios, el abuso de los líquidos, la alimentación exagerada y los enfriamientos.

En la enteritis muco-membranosa, no se han encontrado microbios específicos. Los diplococos descritos por Finkelstein (1) no son probablemente más que modalidades morfológicas del bacterium coli que se encuentra en todas las enteritis y que, á pesar de su banalidad, explica suficientemente el carácter infeccioso de los paroxismos de la enfermedad.

Dos formas principales deben distinguirse, lo mismo desde el punto de vista clínico que desde el terapéutico:

(1) FINKELSTEIN.—*Soc. de méd. int. de Berlin*, 13 de Julio de 1896.

1.° *Enteritis muco-membranosa de los niños pequeños,* con paroxismos febriles agudos y carácter marcadamente infeccioso que corresponde al tipo de *enteritis folicular* de los alemanes. Esta forma es muy grave, tanto por la poca edad de los individuos atacados cuanto por la fiebre intensa, la adinamia, el estado tifoideo, el enflaquecimiento, la caquexia, que con demasiada frecuencia la denuncian.

2.° *Enteritis muco-membranosa de los adultos,* las más de las veces apirética, tórpida, poco dolorosa, y que afecta apenas al estado general. Sin embargo, aun en esta forma de aspecto crónico, se pueden observar accesos febriles agudos bastante alarmantes.

En todos los casos la enfermedad es muy larga, siendo imposible prever su fin. Su evolución se cuenta por años. En los niños anúnciase primeramente por manifestaciones agudas, convirtiéndose poco á poco en crónica para acabar por confundirse con la forma de los adultos.

B. — DIAGNÓSTICO

Antes de prescribir el tratamiento de la enteritis muco-membranosa es preciso estar seguro de su diagnóstico. Cuando el enfermo ha tenido varias crisis separadas por intervalos de salud perfecta, toda duda desaparece; pero en el primer ataque cabe dudar, pues á veces, particularmente en los niños, se ha visto confundir la enteritis muco-membranosa con la *disentería,* la *fiebre tifoidea,* la *apendicitis,* la *oclusión intestinal,* la *helmintiasis,* etc.

En la *disentería,* hay esfuerzos incesantes, dolorosos, seguidos de la expulsión de materias en mínima cantidad, materias no membranosas, sino sanguinolentas y puriformes; encuéntranse, además, aglomeraciones de restos parecidos á carne picada, á raspaduras de tripas; la hemorragia es abundante, y, por último, es raro que la disentería se presente en estado esporádico, siendo lo general que se hayan observado casos entre las personas que rodean al enfermo ó en la población en donde habita.

A pesar del *estado tifoideo* que acompaña á ciertas formas de enteritis muco-membranosa, toda idea de dotienenteria desaparecerá ante el examen de las deposiciones: en efecto, la fiebre tifoidea se anuncia por una diarrea de color de ocre, sin melena, sin fragmentos membranosos, ó por estreñimiento simple (caso frecuente en los jóvenes).

En algunos casos experimenta, el enfermo tales dolores á lo largo del colon y á nivel del ciego, los comienzos han sido tan brutales, es tan grande el estreñimiento, tan ardiente la intolerancia del estómago, que forzosamente se piensa en la *apendicitis.* Hutinel ha visto un niño que

iba á ser operado por un cirujano muy instruído y muy prudente; tan parecidos eran á los de la apendicitis los síntomas de la enteritis muco-membranosa. Sin embargo, un análisis minucioso de los accidentes permite evitar en tales casos la laparotomía.

No ha de olvidarse que la *invaginación intestinal* cuenta entre sus síntomas el dolor abdominal, la melena y algunas veces la expulsión de restos análogos á las deposiciones membraniformes. Se palpará con cuidado el abdomen, á fin de encontrar la parte de intestino invaginada, y se practicará el tacto rectal, que permitirá algunas veces tocar el extremo inferior de dicha parte del intestino.

Un examen atento de los fragmentos membraniformes, cualesquiera que sean la longitud, anchura y estructura de éstos, permitirá eliminar fácilmente los *helmintos*, tales como la tenia, los botriocéfalos, las lombrices, etc.

Con mi colega y amigo Galliard, vimos un niño que, en el curso de una enteritis muco-membranosa de las más graves, presentó un *eritema morbiliforme* casi generalizado. En otros casos se han visto erupciones semejantes á la urticaria, escarlatiniformes, etc. En presencia de estos exantemas, cualquiera que sea la intensidad de la fiebre y de los síntomas generales que les acompañan, no hay que creer en la existencia de una fiebre eruptiva, porque esos eritemas son eritemas infecciosos, probablemente estreptocócicos, análogos á los que se observan en la difteria y en otras enfermedades infecciosas (Hutinel, Mussy).

Por último, Marfan ha visto un caso en el cual la enteritis muco-membranosa simulaba una *meningitis*, y Hénoch ha observado estados convulsivos, ante los cuales podía el médico sentirse perplejo. Recuérdese que la enteritis muco-membranosa, por los tóxicos que arroja á la circulación, puede impresionar al cerebro y determinar manifestaciones de seudomeningitis.

II

Tratamiento

Antes de ocuparme del tratamiento de la enteritis muco-membranosa, diré algo de su profilaxia.

A. — PROFILAXIA

Cuando se investigan los antecedentes de los enfermos, se ve que todos son dispépticos en cierto grado: esta dispepsia es á su vez conse-

cuencia de multitud de infracciones higiénicas, que es preciso evitar si se quieren prevenir los accidentes intestinales.

En los niños, se recomendará una lactancia regular, prolongada, sin mezcla prematura de alimentación sólida. Mientras el niño mama, corre poco peligro de volverse dispéptico y en él la enteritis es muy rara ó reviste escasa gravedad. Si se cría con biberón, la profilaxia es más difícil: en este sistema de lactancia, hay que evitar el exceso de alimentación, que es habitual en él y se manifiesta al principio por vómitos y regurgitaciones y después por dilatación del estómago. Con la leche esterilizada empleada según el método de Soxhlet, se consigue hoy día criar á los niños mejor que en otro tiempo y reducir notablemente la mortalidad en la infancia.

En el momento del destete es cuando se ha de ser más severo: las madres tienen desgraciadamente demasiada tendencia á atiborrar á sus hijos de alimentos que no pueden digerir, bajo una forma y en una cantidad desproporcionadas á su edad. Les parece que el niño no se desarrolla bastante deprisa, y para precipitar su crecimiento le hacen dispéptico. Es preciso que el destete sea gradual, sin precipitaciones y sin brutalidad; cuanto más lento sea, menos peligroso. Al niño se le dará leche durante mucho tiempo después de haberle quitado el pecho; ésta será su única bebida, dejando para más adelante el vino y los líquidos alcohólicos. Si el niño siente invencible repugnancia por la leche de animales, se le dará agua, pero siempre los líquidos se le administrarán con tasa y no á discreción, como con harta frecuencia sucede. Las carnes, sobre todo las rojas ó negras (buey, caza), se reservarán para más adelante, empezándose la alimentación por los pescados, las carnes blancas, el seso, la lechecilla de ternera, etc. El niño tomará panetelas, sopas, huevos, carne sólo una vez al día, y no se le darán alimentos crudos, fruta cruda, etc., antes de los tres años.

Procediendo de este modo, se conservará sano su estómago, se evitarán las indigestiones y las enteritis, y no habrá de temerse la aparición de la colitis muco-membranosa.

Si se trata de un adulto, la profilaxia se inspirará en los mismos principios, haciendo, sin embargo, las concesiones compatibles con la edad. El que quiera evitar la enteritis muco-membranosa, que sea sobrio, que coma con regularidad y despacio, masticando bien los alimentos; que no cometa excesos en la comida, que no abuse de alimentos con especias, ni de las bebidas fuertes, etc. Además, deberá procurar que el vientre esté suelto, porque el estreñimiento es á menudo el preludio de la enfermedad que nos ocupa.

B. — TRATAMIENTO

Una vez declarada la enfermedad, es preciso tratarla por medios higiénicos y medicamentosos.

Durante la crisis, el período agudo, caracterizado por cólicos, pujos y evacuaciones membranosas, se prescribirá la dieta, y si se trata de un niño pequeño, no se le dejará tomar más que leche pura ó aguada, en poca cantidad y á largos intervalos, porque es necesario asegurar á los órganos de la digestión un reposo tan completo como sea posible: obligar al estómago y al intestino á realizar un esfuerzo en el momento de las crisis, significa un aumento de los sufrimientos y una agravación de la enfermedad. En el caso de que la enteritis se complicara con vómitos, habría que apelar hasta á la *dieta hídrica*, es decir, no permitir más que el uso de agua pura, un *cocimiento de cereales* (cebada, arroz), ó *agua albuminosa*. Algunos niños que toleran mal la leche de vaca y que, sin embargo, necesitan alimentarse, visto su estado de debilidad y enflaquecimiento, tal vez asimilarán bien la *leche de burra*, debiendo de hacerse, por consiguiente, la prueba.

También en los adultos se impone la dieta, aunque no tan rigurosa como en los niños. El alimento que debe prescribirse es la leche; pero á los que no puedan tolerarla se les dará caldo desgrasado, yemas mejidas (huevo desleído en caldo), cremas (huevos con leche), etc., nunca carne, legumbres ni vino.

En el intervalo de las crisis, se vigilará la alimentación: á los niños se les alimentará especialmente con lacticinios, farináceos (gachas de harina de trigo, de crema de arroz ó de cebada, etc.), purés de legumbres secas bien cocidos y bien sazonados, panetelas ligeras, pescados frescos, huevos pasados por agua, etc. Algunos niños no digieren bien los huevos; en este caso no se insistirá en dárselos, pues hay que amoldarse á la tolerancia de cada enfermo.

Algunos han aconsejado la carne cruda picada; en cuanto á mí, no me atrevería á prescribirla á los niños pequeños. En la segunda infancia y en la edad adulta, puede prestar excelentes servicios.

El régimen alimenticio de esta clase de enfermos, como el de los niños pequeños, debe ser objeto de minuciosos cuidados: comidas poco frecuentes y á hora fija, ningún exceso, nada de alimentos crudos, duros, indigestos, ni de salsas con especias, ni de vino, ni de licores. La cantidad de los líquidos se tasará, dándose en cada comida un vaso ó vaso y medio.

Para evitar el enfriamiento del vientre, se pondrá al enfermo un cinturón de franela. Serán convenientes los *masajes* ligeros del abdomen y á la vez las *fricciones* secas por todo el cuerpo con guante de crin, como estimulante general.

En mi opinión, producen buen efecto en los niños los *baños tibios*, á una temperatura de 34 á 35° y de quince, veinte ó treinta minutos de duración. En el momento de la crisis, alivian notablemente al enfermo los baños tibios prolongados ó, en su defecto, las *cataplasmas* emolientes. En los adultos, á menudo neurasténicos ó histéricos, pueden dar buenos resultados la *hidroterapia* fría, las duchas y el masaje general. Cuando se haya comprobado la presencia de un riñón movible, caso frecuente en las mujeres (Mathieu), será preciso sujetarlo con un cinturón apropiado.

El estreñimiento, que es habitual, debe ser combatido, y para ello disponemos de muchos medios: lavativas, supositorios, laxantes. Se administrarán purgantes suaves, *aceite de ricino* (una cucharada pequeña ó grande, según la edad, todas las mañanas), cesando de darlo cuando se haya obtenido el efecto deseado, los *calomelanos* (de 0gr,05 á 0gr,10 diarios), las ciruelas cocidas con 2 ó 3 gramos de *hojas de sen*, las semillas de *psyllium*, de *lino*, de *mostaza blanca*, etc.

Los supositorios de manteca de cacao huecos que contengan 50 centigramos, 1 gramo ó 2 de *glicerina* pura, según se trate de niños pequeños, de niños mayores ó de adultos, son muy eficaces y promueven generalmente una deposición casi inmediata. Algunas veces se emplean los supositorios ó balas rectales de glicerina solidificada. A falta de supositorios, puede recurrirse á las lavativas de agua tibia, de *agua de malvavisco* con 10 ó 12 gramos de glicerina, ó 40 ó 50 gramos de *miel de mercurial*, etc. Los pequeños enemas de glicerina pura (4 ó 5 gramos en una jeringa pequeña) son muy eficaces.

En el momento de las crisis, no se trata solamente de provocar evacuaciones, sino de limpiar el intestino grueso, siendo entonces conveniente practicar abundantes lavados con agua hervida tibia ó con una ligera solución de *borato sódico* (2 gramos por litro): para estos lavados se empleará una sonda grande, que se introducirá muy adentro del intestino, y con un tubo de caucho bastante largo se hará caer el líquido que haya de inyectarse desde una altura de 50 centímetros á 1 metro. A los niños se les inyectará en cada lavado medio litro, repitiéndose la maniobra dos ó tres veces al día. De este modo se logrará extraer del intestino multitud de fragmentos membranosos, glerosidades, mucosidades.

Para asegurar la antisepsia intestinal, se administrarán los *calomelanos* á la dosis de 0gr,01 á 0gr,02 tres ó cuatro veces al día en una cu-

charada de leche ó de agua azucarada. A los niños suelo prescribirles unos papelitos que contienen cada uno:

Bicarbonato sódico	0 gr. 25
Magnesia calcinada.	0 gr. 20
Benzonaftol.	0 gr. 15
Polvo de nuez vómica. :	de 0 gr. 01 á 0 gr. 02

M. s. a. N.° 20.— Tómese uno cada mañana y cada noche antes de las comidas, durante diez días al mes.

Las aguas minerales que han dado mejores resultados en la cura de la enteritis muco-membranosa son las siguientes: *Plombières*, *Châtel-Guyon*, *Kissingen*, *Hombourg*, *Carslbad*. También pueden prescribirse las aguas de *Miers* (Lot), que son laxantes y diuréticas y que generalmente tolera bien el estómago.

CAPÍTULO XXX

TRATAMIENTO DE LA DIARREA

POR

ALBERTO MATHIEU

Médico del hospital Andral

TRADUCCIÓN DE JOSÉ GÓNGORA

I

Consideraciones generales

Figurando la diarrea como síntoma en gran número de enfermedades, las estudiaremos aquí especialmente desde el punto de vista de la terapéutica general. Además, en este capítulo, sólo trataremos de la diarrea en los adultos.

No es cosa fácil definir la diarrea, y como ninguna de las definiciones hasta ahora dadas nos parece satisfactoria, hemos propuesto la siguiente: la diarrea está constituída por la eliminación de una cantidad exagerada de líquido en las evacuaciones. Sin embargo, cuando este líquido procede de la parte inferior del intestino grueso, no hay diarrea verdadera, sino *falsa diarrea*. Tampoco hay diarrea cuando el líquido evacuado está formado en su mayor parte por sangre ó pus.

En la verdadera diarrea, las materias intestinales no han podido secarse y solidificarse; en la falsa, sucede con frecuencia que las materias, después de haberse solidificado en la parte superior del intestino grueso, han vuelto á liquidarse y á disgregarse, no siendo raro en tal caso encontrar en las deposiciones fragmentos característicos de escíbalos.

Es de gran interés práctico establecer el diagnóstico diferencial de la verdadera y de la falsa diarrea, pues en esta última lo que en realidad hay muchas veces es estreñimiento. Tal sucede en la disentería y en las afecciones disenteriformes, como en ciertos casos de enteritis muco-membranosa.

El mecanismo fisiológico de la diarrea es bastante sencillo: puede ser producida por la exageración de la motricidad intestinal ó por la hipersecreción de la mucosa entérica ó de sus glándulas anejas. En determinados casos hay simultáneamente exageración del peristaltismo y de la secreción.

Las causas susceptibles de provocar la diarrea son muchas y á menudo complejas.

Sin embargo, en último análisis, los elementos etiológicos pueden agruparse en las categorías siguientes, lo propio que los elementos etiológicos de cualquier estado morboso:

1.° Causas físicas; 2.° intoxicaciones; 3.° infecciones; 4.° modalidad de la vitalidad celular y de la excitabilidad nerviosa.

Estos elementos etiológicos se combinan del modo más variado.

Si, además, se tiene en cuenta que es preciso alimentar siempre á los diarreicos; que la alimentación por su calidad y su cantidad puede desempeñar un papel importante en el tratamiento; que algunas lesiones del intestino pueden suministrar indicaciones especiales, y que es necesario tratar las manifestaciones generales anteriores, paralelas ó consecutivas á la diarrea, resultará que, para estudiar en su conjunto el tratamiento de esta manifestación sintomática, habremos de consagrar capítulos sucesivos á una serie muy numerosa de elementos distintos. He aquí la enumeración de estos capítulos:

A. — Régimen alimenticio de los diarreicos;

B. — Indicaciones suministradas por las intoxicaciones y las infecciones;

C. — Medicación del peristaltismo exagerado y del dolor;

D. — Modificación de la hipersecreción.

II

Régimen alimenticio de los diarreicos

El régimen alimenticio puede desempeñar un papel importantísimo en la producción como en el tratamiento de la diarrea.

Sucede con mucha frecuencia que los alimentos ingeridos producen ó mantienen el flujo diarreico proporcionando materiales á las fermentaciones y á la putrefacción intestinales. Cuando la diarrea presenta una marcha aguda, ó bien en el momento de una exacerbación en el curso de una diarrea crónica, uno de los mejores medios para contener el flujo intestinal es reducir la alimentación al mínimo y aun suspenderla en absoluto

por algún tiempo. Así puede hacerse, por ejemplo, cuando se trata de una diarrea por indigestión ó por empacho gastro-intestinal agudo, ó también en el cólera asiático ó en la diarrea disenteriforme.

Sin gran inconveniente se puede durante algunos días no introducir en la economía otra cosa que agua, gracias á la cual la tensión del sistema circulatorio no se deprime mucho, las contracciones del músculo cardíaco conservan suficiente vigor, y se mantiene la secreción urinaria, que arrastra al exterior substancias tóxicas cuya retención habría sido peligrosa.

La principal ventaja de esta dieta acuosa momentánea consiste en la supresión del medio de cultivo intestinal, ó por lo menos en la considerable dilución del mismo.

Si la introducción del agua no puede verificarse por las vías digestivas, se recurrirá á los medios artificiales de inyección de que más adelante hablaremos.

A menudo es suficiente disminuir mucho la cantidad de alimentos ingeridos y someterlos á una severa dieta; en este caso ofrece grandes ventajas el régimen lácteo, del que luego nos ocuparemos más ampliamente.

Con el objeto de limitar las fermentaciones y las putrefacciones intestinales, causa de autointoxicaciones, conviene dar alimentos muy nutritivos en pequeño volumen y de digestión fácil. La gran división de las substancias alimenticias facilita mucho su digestión, puesto que permite una penetración más íntima y un contacto más extenso de los jugos digestivos. Por esta razón la carne se dará muy picada casi reducida á polvo y las legumbres permitidas se administrarán en forma de puré. Serán preferidas las sopas de leche con tapioca, sémola, pastas de gluten ó de Italia muy finas.

En algunos casos, desaparece la tendencia á la diarrea con la simple supresión de la carne, y enfermos hemos visto que no podían comer de ésta sin que se presentara casi inmediatamente la diarrea, que cesaba en cuanto se sometían á un régimen compuesto exclusivamente de leche, lacticinios, huevos, pastas, pan y purés de legumbres.

Lo contrario se observa algunas veces. Ciertas personas no pueden tolerar las legumbres, sobre todo si son verdes, digiriendo en cambio muy bien la carne.

Entre los alimentos y las bebidas que provocan con más frecuencia la diarrea, debemos citar las grasas, las salsas grasientas, las carnes grasas, el pan moreno, el pan llamado natural, el pan de especias, la miel, las legumbres verdes cocidas ó crudas, sobre todo crudas, la fruta verde especialmente cuando no ha alcanzado su completa madurez, las ciruelas,

la sidra y el vino dulce y el café con leche, particularmente cuando contiene achicorias.

Es preciso, además, tener muy en cuenta, las susceptibilidades y las predisposiciones personales. Ciertos individuos no pueden comer determinados manjares sin experimentar un gran trastorno intestinal, á veces inmediato. En la mayoría de las personas la leche produce estreñimiento. El régimen lácteo es un medio excelente para combatir la diarrea. ¿Cómo obra la leche? En primer lugar no lleva al organismo ninguna toxina resultante de fermentaciones ó putrefacciones exteriores y generalmente contiene muy pocos gérmenes: las substancias alimenticias de los tres órdenes están contenidas en ella bajo una forma fácilmente digerible, y finalmente merced á su lactosa fórmase en el estómago una gran cantidad de ácido láctico que hace en el intestino delgado las veces de substancia antiséptica. Las investigaciones recientemente hechas en animales ó en hombres que accidentalmente tenían una fístula intestinal, han demostrado que el líquido del intestino delgado no es alcalino, como se creía antes, sino neutro y aun ácido. Esta ligera acidez explica indudablemente por qué las putrefacciones no adquieren cierta intensidad en el intestino grueso. Es verosímil que el ácido láctico de la leche, al aumentar ó restablecer esta acidez, disminuye el microbismo intestinal y sus consecuencias. Por otra parte, bajo la influencia del régimen lácteo se eleva la acidez urinaria, según hemos podido comprobar con Tréheux (1).

Gilbert y Dominici (2) han visto decrecer considerablemente bajo la influencia de la alimentación láctea el número de microbios contenidos en los excrementos; según parece, había en éstos setenta veces menos microbios que antes del empleo de aquel régimen.

La *leche esterilizada* ha dado resultados excelentes en el tratamiento de la diarrea, sobre todo en los niños; por consiguiente podrá ser recomendada en caso necesario.

Según las circunstancias, se prescribirá el régimen lácteo completo ó parcial.

Para pasar del régimen lácteo completo al mixto ó al régimen sin leche, se darán al principio sopas de leche y huevos, éstos pasados por agua, revueltos con leche ó con caldo y también mezclados con la sopa. Más adelante podrá recurrirse á las aves tiernas (pichón, pollo) hervidas, á los pescados magros (lenguado, merluza, rodaballo, lucio), á la lechecilla de ternera y finalmente á las carnes á la parrilla ó asadas calientes ó frías.

(1) A. Mathieu y C. Trèheux.—*Arch. génér. de médecine*, Noviembre, 1895.
(2) Gilbert y Dominici.—*Soc. de biologie*, 17 de Marzo de 1894.

Las carnes habrán de estar bien partidas y bien mascadas, y si el estado de la dentadura lo exige, será necesario picarlas muy finas ó reducirlas á pulpa por medio del masticador, instrumento que en tales circunstancias podrá prestar verdaderos servicios.

Las legumbres se comerán en forma de puré y aun de harina.

También podrán utilizarse las diversas harinas de guisantes, de judías, de lentejas, de castañas, de cebada, de maíz, de avena ó de arroz, con las que se prepararán sopas cada vez más espesas y gachas.

Algunos alimentos y bebidas provocan el estreñimiento y pueden, por consiguiente, ser empleados para combatir una diarrea ligera, sin gravedad, ó aconsejados á los convalecientes de diarreas graves. En esta categoría pueden citarse el chocolate, el arroz, las frutas ricas en tanino, como por ejemplo los membrillos, el té y el ron á pequeñas dosis.

Conocido es el uso tradicional que en tales circunstancias se hace del agua albuminosa y del cocimiento de arroz.

III

Indicaciones suministradas por las intoxicaciones y las infecciones

Las intoxicaciones y las infecciones tienen muchos puntos de contacto en el concepto patogénico, y sábese actualmente que las segundas producen sus efectos nocivos por la mediación de toxinas de origen microbiano.

Las substancias irritantes ó tóxicas pueden producir una excitación motriz y secretoria del intestino, que desaparece cuando aquéllas son eliminadas, pero puede también producir un estado de inflamación, de enteritis persistente, pudiendo en este caso subsistir la diarrea á pesar de su supresión. Los microbios pueden provocar una irritación del mismo género directamente ó por mediación de las toxinas que resultan de su desarrollo; pero como los microbios continúan á menudo residiendo y pululando en el intestino, de aquí que sea más difícil desembarazar de ellos el tubo digestivo. Mas no es esto todo: si las substancias tóxicas pueden, después de ser absorbidas y de penetrar en el organismo, producir distintos accidentes generales, relacionados con su naturaleza, también los microbios, después de penetrar en la economía, pueden implantarse en ella, evolucionar y determinar un conjunto morboso muy complejo, del que la enteritis y la diarrea no son sino manifestaciones parciales.

La fiebre tifoidea es el tipo de estas infecciones de determinación intestinal primitiva.

Lo mismo si se trata de una intoxicación que de una infección, es necesario siempre, si nos limitamos á las indicaciones suministradas por las manifestaciones intestinales:

1.° Suspender la ingestión de las substancias nocivas, diarreígenas;

2.° Eliminar ó neutralizar, si es posible, las que han sido ya ingeridas;

3.° Evacuar los microbios perjudiciales por su número ó por su esencia, y restringir á su mínimo el desarrollo de las especies cuya supresión no cabe esperar.

La diarrea en sí misma es útil, porque produce la eliminación de las substancias nocivas, siendo en algunos casos preciso saber respetarla sin suprimirla. Sobre este punto insistiremos más adelante. Lo que debe procurarse es llegar hasta la causa, pues en este caso, como siempre, el tratamiento patogénico tiene una superioridad innegable sobre el puramente sintomático.

Ciertas intoxicaciones aparatosas son de fácil descubrimiento; así, por ejemplo, costará poco suprimir la ingestión de substancias minerales ó alimenticias, pudiendo citarse entre estas últimas las carnes en vía de descomposición, la caza manida, el pescado poco fresco, las conservas averiadas, los embutidos de mala calidad, etc.

Algunas veces para conseguir este resultado es preciso tener una noción suficientemente exacta de las falsificaciones alimenticias, tan variadas y tan frecuentes en nuestros tiempos. No podemos insistir más sobre este particular.

Los microbios del intestino son en extremo numerosos, según lo han demostrado las investigaciones de Vignal, de Gilbert y Dominici; según parece, hay de 67,000 á 70,000 gérmenes *por miligramo* en los excrementos del hombre, y al decir de Vignal, el adulto elimina diariamente 12,000 millones de microbios.

Estos gérmenes, puestos en contacto con las substancias alimenticias que les sirven de caldo de cultivo, dan origen á una gran variedad de productos tóxicos. La toxicidad de los excrementos ha sido, por otra parte, experimentalmente demostrada por Bouchard en las condiciones fisiológicas. El organismo tiene suficientes medios de defensa contra los gérmenes y las toxinas que resultan de su acción; pero la diarrea es uno de los fenómenos con más frecuencia producidos por la virulencia aumentada de unos y otras, ó por la aparición de especies microbianas dotadas de propiedades especialmente nocivas y realmente patógenas.

El medio más lógico de tratar las diarreas debidas á una infección

intestinal consiste en practicar, si ello es posible, la antisepsia intestinal, no la antisepsia absoluta, que parece ser irrealizable, sino la relativa.

Para disminuir la infección intestinal puede apelarse:

1.° A medios higiénicos;

2.° A medios mecánicos;

3.° A medios medicamentosos.

A. — MEDIOS HIGIÉNICOS

La higiene alimenticia tiene en realidad gran importancia cuando se trata de la antisepsia intestinal; sus reglas principales son las siguientes:

1.° Es preciso excluir de la alimentación todas las substancias en vías de putrefacción.

La cochura suficientemente prolongada de los alimentos mata los gérmenes y tiende por consiguiente á limitar mucho las putrefacciones. Los experimentos realizados por Haague en el perro nos dan la demostración directa de ello.

Ya hemos indicado anteriormente los servicios que pueden esperarse del *régimen lácteo*.

2.° Los alimentos ricos en substancias albuminoides aportan á la putrefacción intestinal muchos más materiales que los alimentos de origen vegetal; de aquí la utilidad del régimen vegetal tan ponderada por Dujardin-Beaumetz.

3.° La masa de los alimentos se reducirá al mínimo.

4.° Los alimentos se reducirán á fragmentos tan pequeños como sea posible: este fraccionamiento hace, en efecto, que aquéllos sean mucho más fácilmente impregnados y atacados por los jugos digestivos del estómago y del intestino.

B. — MEDIOS MECÁNICOS

Los medios mecánicos tienen por objeto expulsar mecánicamente los gérmenes dañinos y los productos nocivos del intestino: este resultado puede conseguirse con el uso de los purgantes ó con el lavado del intestino.

1.° Purgantes

Los purgantes se emplean desde hace mucho tiempo como desinfectantes del intestino, sobre todo los alcalinos, y en este punto la teoría tiende á justificar la tradición.

La aplicación simultánea del régimen lácteo y de los *purgantes salinos* repetidos son, como es sabido, el mejor medio para combatir los accidentes de intoxicación urémica, y esta acción, perfectamente demostrada por la clínica, es una de las mejores pruebas que pueden darse de la realidad y de la utilidad de la antisepsia intestinal.

Desde mucho tiempo se han administrado con buenos resultados los purgantes salinos y los *calomelanos* contra la diarrea relacionada con fenómenos de indigestión ó de empacho gástrico.

Gilbert y Dominici han hecho recientemente el cálculo del número de microbios existentes en las materias fecales antes, durante y después de la purga: durante ésta, hay una evacuación en extremo abundante de gérmenes, cosa que se comprende perfectamente; pero al siguiente día y al otro se comprueba una disminución considerable en el número de microbios expulsados por evacuación fecal. Von Pfungen ha visto que los ácidos sulfoconjugados, resultantes de la putrefacción de las materias azoadas, aumentaban bajo la influencia del estreñimiento y disminuían bajo la de la diarrea, aun siendo ésta provocada por los purgantes.

No todos los purgantes producen en la misma medida la desinfección intestinal: Morax y Bartoschewitsch creen que el *aceite de ricino* aumenta los ácidos sulfoconjugados en la orina; Bernatzky y Steiff, que también medían la antisepsia intestinal por los ácidos sulfoconjugados, consideran nula la acción de los calomelanos, y en cambio Bartoschewitch y Morax estiman esta acción antiséptica de los calomelanos como muy real. Estos experimentos deben repetirse con una técnica mejor aplicada á un mayor número de casos.

Tratándose de adultos, habrá de recurrirse especialmente á los purgantes salinos para tratar de realizar la antisepsia intestinal. En los casos agudos recientes, será bastante una sola purga; en los casos antiguos la purga deberá repetirse varias veces con varios días de intervalo.

Los purgantes salinos á dosis moderadas son un medio excelente para restringuir la diarrea en ciertas enteritis prolongadas, por ejemplo en el curso de la fiebre tifoidea.

2.° Lavado del intestino

El lavado del intestino grueso es un buen medio para lograr la antisepsia relativa del mismo, y puede servir para combatir la diarrea y los fenómenos de autointoxicación que resultan de la presencia anormal de materias fecales líquidas en el intestino mencionado.

El lavado se practica según las reglas indicadas por Lesage y Dauriac, estando acostado el enfermo, por medio de un receptáculo provisto

de un largo tubo de caucho y de una cánula de caucho rojo. La operación debe hacerse á muy poca presión y por consiguiente sólo se elevará el depósito á 30 ó 50 centímetros sobre el plano de la cama.

Puede emplearse el agua hervida pura á 40° ó una solución antiséptica ó ligeramente astringente. Cantani, que tanto ha preconizado la enteroclisis, ha empleado en el cólera una solución de *tanino* bajo la siguiente fórmula:

Tanino.	3 á 6 gramos
Goma arábiga.	50 —
Agua destilada.	2000 —

Disuélvase.

La combinación del lavado del estómago y del lavado del intestino ha dado excelentes resultados en el tratamiento de las gastro-enteritis infantiles, y no hay razón alguna para no emplear, en casos análogos, este mismo sistema de intervención en los adultos.

3.° Medios medicamentosos

Como no hemos de tratar de un modo completo la cuestión de la antisepsia intestinal, nos limitaremos á indicar los antisépticos intestinales de que nos servimos, y con preferencia los que empleamos cuando hay diarrea. Estos antisépticos son: el salicilato de bismuto, el salol, el benzonaftol, la resorcina y el ácido láctico.

El *salicilato de bismuto* se da á la dosis diaria de 2 á 6 gramos, en tomas espaciadas de 0gr,50 á 1 gramo.

El *salol*, combinación del fenol y del ácido salicílico que se desdobla en el intestino, se prescribe á la dosis de 1gr,50 á 4 gramos en dosis sucesivas de 0gr,25 á 0gr,50. El *benzonaftol*, combinación de ácido benzoico y naftol, puede prescribirse á la dosis de 2 á 5 gramos diarios en sellos de 0gr,50.

Siguiendo el ejemplo de Ewald, prescribimos bastante á menudo una mixtura antiséptica y antidiarreica que nos ha dado excelentes resultados:

Salicilato de bismuto.	aa. 0 gr. 30 á 0 gr. 50
Benzonaftol.	
Resorcina pura.	

Para un sello: tres al día espaciados.

El *ácido láctico*, especialmente preconizado contra la diarrea verde de los niños, produce también buenos efectos en la diarrea de los adultos:

Acido láctico.	10 á 15 gramos
Jarabe simple.	200 —
Agua.	800 —

M. s. a.

Esta limonada ácida de sabor agradable se administra á medios vasos: puede añadírsele cierta cantidad de *resorcina*, 2 gramos por ejemplo.

IV

Medicación del peristaltismo exagerado y del dolor

La exageración del peristaltismo muscular en la diarrea manifiéstase por diversos síntomas: los movimientos son á veces perceptibles al exterior; hay á menudo borborigmos marcados y en ocasiones evacuación precoz de alimentos mal digeridos y hasta verdadera lientería; preséntanse asimismo cólicos producidos por las contracciones exageradas y desordenadas de las paredes musculares del intestino. Los medicamentos que inmovilizan el intestino calman generalmente los cólicos, de suerte que la existencia de los fenómenos dolorosos es una indicación para que á tales medicamentos se recurra.

Sábese desde hace mucho tiempo que el *opio* y la mayoría de sus derivados tienen la propiedad preciosa de calmar los movimientos peristálticos del intestino; de aquí sus excelentes y tan conocidos efectos en el tratamiento de la diarrea. El opio sobre todo, gracias á la morfina que contiene, paraliza, según Spitzer (1), los centros motores del intestino y produce su insensibilidad relativa y por ende su inmovilización. Según los experimentos de Leubacher (2), los alcaloides del opio obran sobre el intestino de una manera muy diferente: la *morfina*, la *papaverina* y la *narcotina*, lo calman; la *codeína* y la *narceína* son de acción nula, y la *tebaína* excita su contractilidad.

Pero sea de ello lo que fuere, los preparados en que entran el opio y la morfina empléanse desde hace mucho tiempo en el tratamiento de la diarrea. Muchas son las fórmulas publicadas en las cuales unas veces se emplean aquellas substancias solas y otras asociadas con otras substancias, con los antisépticos, con los astringentes, con las substancias que, como el *subnitrato de bismuto*, no parecen tener más que una acción mecánica.

Para el empleo de opiados en la diarrea hay indicaciones y contraindicaciones.

Las indicaciones directas son los cólicos y la lientería, porque unos y otra indican la existencia de movimientos peristálticos exagerados.

(1) Spitzer. — *Arch. f. pathol. Anat.*, CXXII, 3.
(2) Leubacher. — *Deutsche medic Wochenschr.*, n.º 9, pág. 179, 1892.

Las contraindicaciones son especialmente los fenómenos de infección intestinal. Si se administra el opio al principio de una diarrea infecciosa caracterizada, por ejemplo, por fiebre, depresiones muy fétidas y aumento de volumen del bazo, es verdad que se disminuyen las evacuaciones, pero en cambio se retiene en el intestino la masa considerable de gérmenes que, sin el uso de aquel medicamento, habrían sido eliminados; es decir, que se opone un obstáculo al funcionamiento de la antisepsia natural cuando, por el contrario, es preciso fomentarla. De aquí la conveniencia en muchos casos de comenzar por limpiar el intestino por medio de un *purgante salino* antes de prescribir el opio ó la morfina.

Además del opio y sus alcaloides empléanse contra la diarrea otros calmantes, tales como el *agua clorofórmica*, el *cáñamo indio* y la *clorodina:* esta última preparación, muy usada en los países donde se habla el inglés, se compone, según parece, del modo siguiente:

Cloroformo.	120 gramos
Éter.	30 —
Alcohol.	120 —
Teriaca.	120 —
Extracto de regaliz.	75 —
Clorhidrato de morfina..	0 gr. 50
Esencia de menta..	XVI gotas
Jarabe..	530 gramos
Acido cianhídrico diluido.	60 —

M. s. a. La dosis es de V á XV gotas.

La clorodina ha sido especialmente preconizada contra la diarrea crónica de los países cálidos.

V

Medicación de la hipersecreción

Dos clases de substancias pueden emplearse para combatir la hipersecreción, unas obran como astringentes y otras obran mecánicamente por su misma masa, y son los polvos inertes.

El *tanino* es el tipo de los medicamentos astringentes, y la mayor parte de éstos, como el *catecú* y la *ratania*, toman del tanino esta propiedad. Hay, además, un gran número de polvos y cocimientos que deben al tanino su acción antidiarreica, tales como: la *corteza de roble*, el *polvo de bellota*, los cocimientos ó las maceraciones de *rosas*, de *bistorta*, de *tormentila*, de *hojas de escaramujo*, de *hojas de nogal*, de *sanícula*, etc.

El tanino se administra á la dosis de $0^{gr},50$ á 2 gramos al día, y

puede darse en píldoras, en sellos ó en solución, siendo de muy fácil tomar 0gr,50 ó 1 gramo de tanino en la poción de Todd ó en grog, y resultando su sabor más agradable si se le añaden algunas gotas de *tintura de canela*. El tanino, cuando se da á dosis algo elevadas, tiene el inconveniente de irritar con mucha facilidad el estómago, y para evitar esta irritación, será conveniente hacer tomar el medicamento á mitad de la comida ó al final de ésta. Hay muchos enfermos que no lo pueden tolerar. En estos últimos tiempos hanse introducido en la terapéutica varios compuestos sobre la base del tanino, que ofrecen verdadero interés y de los cuales conviene hacer mención en este lugar.

El *tanígeno* es una combinación del tanino con el ácido acético, siendo, por consiguiente, un ácido diacetiltánico. Es un polvo gris, inodoro, insípido, casi insoluble en el agua y en los ácidos diluídos y soluble en los líquidos alcalinos y en las soluciones de fosfatos y de carbonatos ácidos. Según parece, atraviesa el estómago sin sufrir modificación alguna y se descompone en el intestino dejando en libertad el tanino que contiene.

El tanígeno es, al parecer, de acción nula en la enteritis aguda, pero, según Escherich y Biedert, puede prestar excelentes servicios en la enteritis crónica ó subaguda, sobre todo cuando hay indicios de putrefacción exagerada y evacuaciones mucosas. Nosotros lo hemos empleado con éxito en los casos de diarrea de los países cálidos, de disentería crónica y de diarrea en los tuberculosos. Se administra á la dosis de 1 gramo á 1gr,50 en tomas espaciadas de 0gr,50, y el momento más oportuno para tomarlo parece ser una hora después de las comidas, cuando la acidez del estómago ha llegado á su máximo.

Ya hemos dicho el concepto que nos merece la pretendida alcalinidad del medio intestinal. ¿No está en lo posible que el tanígeno sólo se descomponga en el intestino grueso? Ello constituiría el principio de una indicación particular en la colitis crónica.

El *tanalbino* de Gottlieb es un compuesto de tanino y albúmina: después de haber estado expuesta por espacio de cinco ó seis horas á una temperatura de 110 á 120°, esta substancia es inatacable por el jugo gástrico, y en cambio, según parece, es digerida y descompuesta por el jugo pancreático. De modo que el tanino se encuentra lentamente puesto en libertad, lo cual le permite ejercer su acción en toda la longitud del intestino. Al parecer, produce excelentes resultados contra la diarrea debida á un catarro intestinal agudo ó crónico.

La dosis es de 2 á 3 gramos en tres veces para los adultos y de 1 gramo á 1 gramo y medio, también en tres veces, para los niños.

El uso de este medicamento nos ha dado también muy buenos resultados.

El tanino puede administrarse asimismo en lavativas. Hablando de la enteroclisis, ya hemos dicho que Cantani había empleado metódicamente una solución de tanino en el tratamiento del cólera. También pueden usarse soluciones de tanino puras ó cocimientos astringentes sobre la base de tanino para hacer lavados más ó menos penetrantes del intestino grueso cuando hay ulceraciones en el colon.

La *ratania* contiene de 20 á 40 por 100 de tanino; se administra generalmente en forma de extracto á la dosis de 0gr,50 á 5 gramos en poción y de 5 á 10 gramos en lavativa. Cada 20 gramos de jarabe de ratania contienen 0gr,50 de extracto.

Esta misma proporción de extracto de catecú contiene el *jarabe de catecú* que se administra á la dosis de 20 á 100 gramos.

Estos jarabes se emplean á menudo para servir de vehículos á pociones antidiarreicas, á base de *subnitrato de bismuto,* por ejemplo.

Citaremos, además, entre los astringentes utilizados en el tratamiento de la diarrea, el percloruro de hierro, el nitrato de plata, el acetato de plomo y las cortezas de coto y de paracoto.

El *percloruro de hierro* se prescribe á la dosis de X á XX gotas diarias: no se le debe poner en presencia de un astringente tánico, pues de hacerlo así se formaría el tanato de hierro, de un hermoso color negro de tinta. Lo mejor será administrarlo simplemente en solución en una cantidad de agua suficiente.

El *nitrato de plata* se prescribe generalmente en píldoras contra la diarrea, sobre todo cuando hay ulceraciones, empleándose como excipiente la miga de pan. Pueden administrarse diariamente de dos á cinco píldoras de un centigramo.

El *acetato de plomo,* ensalzado por Nothnagel y Rossbach, no se emplea en Francia; parece especialmente indicado en caso de ulceración intestinal y se administra en polvos y en solución, pero sobre todo en píldoras á la dosis de 0gr,01 á 0gr,05 cada dosis, pudiendo llegarse hasta 0gr,50 diarios.

Antes de ocuparnos de los cuerpos inertes y en particular de las sales de bismuto que deben ser colocadas en primera línea, podemos citar como transición el *galato básico de bismuto* ó *dermatol* que se da en sellos ó en suspensión en un julepe gomoso á razón de 0gr,50 por toma. En Francia se señala como dosis cotidiana total la de 2 gramos. Colasanti y Dutti (1) indican las dosis más elevadas de 2 á 6 gramos, y

(1) Colasanti y Dutti.—*Berlin. klin. Wochenschr.*, número 34, 1892.

aconsejan que se añada, cuando haya cólicos, un poco de polvo de opio ó unas gotas de láudano.

Los polvos inertes que estudiaremos son las sales á base de bismuto, la creta preparada y el talco de Venecia ó silicato de magnesia. Mucho se ha discutido para saber cómo obran estas substancias: según unos, intervienen mecánicamente espesando los excrementos; según otros, cubren el intestino y protegen la superficie de éste á manera de barniz. Esta acción de revestimiento resultaría útil especialmente cuando hubiera ulceraciones en la mucosa. Hay un argumento en favor de la acción mecánica de estos polvos, y es que cuando se les emplea solos no producen efecto sensible en la diarrea más que administrándolos á dosis elevadas. Por esta razón se ha puesto en duda la eficacia del subnitrato de bismuto, por ejemplo, porque no se prescribía sino á dosis mínimas.

El *subnitrato de bismuto* había sido aconsejado por Monneret á la dosis elevada de 50 á 100 gramos; pero el temor á sus impurezas obligó á reducir considerablemente esas dosis exageradas, y se introdujo la costumbre de no administrar este medicamento más que en cantidad de 2 á 6 gramos diarios. En estas condiciones, su acción habría sido indudablemente nula si no se hubiesen prescrito al mismo tiempo un régimen conveniente y otros medicamentos antidiarreicos (extracto tebaico, láudano).

El subnitrato de bismuto, para ser eficaz, debe ser administrado en cantidad suficiente, de 10 á 15 gramos diarios. En estos últimos tiempos ha sido empleado á dosis elevadas (15 á 20 gramos diarios) en el tratamiento de la úlcera simple y de la hiperclorhidria, habiendo podido administrarse tales cantidades durante un tiempo prolongado sin inconveniente sensible. Hemos observado un enfermo que en dos meses y medio se tomó 1,600 gramos.

El deseo de realizar la antisepsia del intestino ha hecho que entrara en la terapéutica una serie de sales de bismuto, como por ejemplo, el *salicilato,* el *borato* y el *galato* del que ya hemos hablado. La más reciente de todas ellas es el *naftolato de bismuto,* llamado también *orfol.*

El *salicilato de bismuto* ha sido á menudo asociado al naftol; pero últimamente se ha preferido el *benzonaftol,* que con razón se considera como menos irritante para el estómago. Sea de ello lo que fuere, se dará el salicilato de bismuto en tomas sucesivas de 50 centigramos hasta la dosis total de 2 á 8 y aun de 10 gramos diarios. Las dosis medias más comúnmente usadas varían entre 2 y 4 gramos.

La *creta preparada,* carbonato de cal puro, obra del mismo modo

que el subnitrato de bismuto y debe ser también administrada á elevadas dosis: 10 á 30 gramos diarios en tomas sucesivas de unos 5 gramos.

Debove (1) ha encontrado en el *talco* el tipo de los polvos inertes que, al parecer, obran mecánicamente, y lo ha preconizado especialmente contra la diarrea de los tuberculosos á la dosis enorme de 100 á 600 gramos en leche. El talco se mezcla con ésta íntimamente, é ingerido de este modo su sabor es casi nulo. A la dosis de 50, 100 y 150 gramos nos ha dado con frecuencia buenos resultados.

El *óxido de zinc*, que Gubler administraba á la dosis de 3 gramos diarios puro ó mezclado con bicarbonato sódico, está hoy completamente abandonado.

En el precedente estudio hemos separado y colocado en categorías distintas los agentes medicamentosos usados en el tratamiento de la diarrea; pero en la práctica con frecuencia se les reune y muy á menudo sólo se obtienen resultados satisfactorios empleando una medicación compleja. La razón de esto está en que muchas veces son varios los factores fisiológicos que entran en juego é intervienen simultáneamente en la producción de un hecho clínico. Nada más lógico, en la mayoría de los casos, que combatir al mismo tiempo la hipersecreción y la exageración de la motilidad, y nada más legítimo que administrar sucesivamente purgantes, antisépticos, astringentes y opiados.

La observación pura había hecho ver á los clínicos que á menudo es ventajoso administrar medicaciones compuestas. Apuntando á varios elementos patógenos ó sintomáticos había más probabilidades de hacer blanco; resultaba, por consiguiente, un disparo con metralla. Lo que más arriba hemos dicho demuestra que la medicación de la diarrea debe ser muchas veces compleja, pero también razonada y fundada lo más directamente posible en la patogenia.

VI

Tratamiento de los principales tipos clínicos

Después del estudio general conviene examinar los principales tipos clínicos de la diarrea, estudiándolos especialmente desde el punto de vista terapéutico. No pretendemos hacer una clasificación metódica ni siquiera una enumeración completa.

Las clases de diarreas que examinaremos serán las siguientes:

A. — Diarreas que han de ser respetadas.

(1) Debove.—*Soc. médicale des Hôpitaux*, 8 de Junio de 1888.

B. — Diarreas agudas, pasajeras: *a)* por exceso de alimentación ó por intoxicaciones alimenticias; *b)* con autointoxicación ó infección de origen intestinal; *c)* diarreas por descomposición consecutivas á un período de estreñimiento.

C. — Diarreas coleriformes.

D. — Diarreas disenteriformes.

E. — Diarrea crónica unida á lesiones del intestino: *a)* diarrea de los tuberculosos; *b)* diarrea crónica de los países cálidos.

F. — Diarrea palúdica.

G. — Diarreas nerviosas.

Esta enumeración, hecha especialmente teniendo en cuenta la terapéutica, ofrece el grave defecto de no derivar de un principio común y, además, de no ser completa; pero tal cual es, á pesar de sus deficiencias, podrá servirnos para examinar sucesivamente el tratamiento de los principales tipos clínicos ó, mejor dicho, terapéuticos de la diarrea.

A. — DIARREAS QUE HAN DE SER RESPETADAS

No siempre es necesario suprimir la diarrea; al contrario, hay condiciones patológicas en las que precisa provocarla cuando no exista y respetarla cuando exista.

La diarrea es útil, por ejemplo, en los urémicos, porque sirve para eliminar por el intestino productos tóxicos que deberían ser eliminados con la orina; también es útil en los cardíacos en estado de asistolia y de anasarca, porque por aquella vía se evacúa una parte de los líquidos de la economía.

La diarrea de los cardíacos puede moderarse cuando adquiere un grado de intensidad demasiado considerable y fatiga excesivamente al enfermo; pero no debe suprimirse por completo.

Tampoco se ha de tratar de hacer desaparecer la diarrea en la fiebre tifoidea; por consiguiente sería una falta terapéutica llenar á los tíficos de opio y de polvos mixtos. Por nuestra parte empleamos los *purgantes salinos* y en especial el *agua de Sedlitz* para regular las evacuaciones alvinas de estos enfermos y los administramos cuando sus deposiciones son demasiado frecuentes y cuando no lo son bastante.

La diarrea que acompaña á los exantemas febriles será respetada siempre y cuando no exceda de una medida prudencial; asimismo se respetará la diarrea de las formas graves de la viruela en el período de supuración, y si llega á ser excesiva, no se hará más que moderarla, siendo el mejor medio en este caso un poco de agua de Sedlitz ó de otra agua

mineral análoga á fin de producir una limpieza antiséptica del intestino. Después, podrá administrarse, si es preciso, una dosis moderada de *creta preparada* (5 á 10 gramos).

Menos convencidos estamos de la utilidad de respetar las diarreas diatésicas: las de los gotosos y reumáticos, la de la menopausia. Concedemos, sin embargo, que valdría más suprimirlas con prudencia, observando lo que suceda y siempre dispuestos á restablecer el flujo intestinal suspendido cuando así parezca preciso. Sin que pretendamos negar las diarreas necesarias, creemos que son más raras de lo que se ha dicho: su utilidad depende muchas veces de la convicción en que están los enfermos de que sería perjudicial librarlos de ellas. El campo de las manifestaciones patológicas de origen psíquico es tan vasto como variado.

B. — DIARREAS AGUDAS PASAJERAS

Incluiremos en este grupo las siguientes variedades: *a)* diarrea por exceso de alimentación ó por intoxicación alimenticia; *b)* diarrea con autointoxicación ó infección de origen intestinal; *c)* diarrea consecutiva á un período de estreñimiento.

Estas diarreas tienen en terapéutica una indicación principal común, y es que deben ser desde luego tratadas con un purgante, y preferentemente un *purgante salino*.

La diarrea por exceso de alimentación es la que sobreviene después de la ingestión de cierta cantidad de alimentos averiados, en vías de putrefacción, y es resultado, por consiguiente, de una irritación del intestino producida por substancias que es necesario eliminar. En este punto hay que ayudar á la naturaleza.

Esta indicación es aún más clara cuando hay fenómenos acentuados de autointoxicación ó de infección de origen intestinal. En estas condiciones, trátase, en suma, de un empacho gastro-intestinal, febril ó no febril, con diarrea.

Cuando después de un estancamiento fecal sobreviene una diarrea violenta, conviene también conseguir, por medio de un purgante suficiente, la evacuación de la materia pecante; pero en este caso importa no dejarse engañar por las apariencias, y no tomar una falsa diarrea por una diarrea verdadera. Algunas personas que en realidad padecen de estreñimiento parecen tener diarrea porque sus evacuaciones son líquidas; sin embargo, si se presta atención, se ve que expulsan constantemente materias duras, *aun al final de sus deposiciones*. Las materias acumuladas en el intestino grueso provocan por irritación química y mecánica una secreción exa-

gerada que disgrega los escíbalos sin desobstruir empero completamente el colon.

Lo que realmente conviene en las falsas diarreas es el tratamiento del estreñimiento.

Inútil es decir que, una vez determinadas las causas, será preciso suprimirlas, y por consiguiente se prohibirá la ingestión de substancias irritantes para el intestino (fruta verde, legumbres verdes), los alimentos en vías de descomposición (conservas, embutidos, caza manida), se pondrá coto, si se da el caso, al exceso de alimentación y se disminuirá la cantidad de líquido ingerida cuando sea demasiado considerable.

C.—DIARREAS COLERIFORMES

Cuando las deposiciones se multiplican y se suceden rápidamente, llegando á ser excesivo el volumen total del liquido sustraído al organismo, puede comprobarse la presencia de accidentes parecidos á los del cólera asiático. En el verdadero cólera, las evacuaciones son acuosas, incoloras, desprovistas de pigmento biliar y riciformes, presentándose al propio tiempo vómitos de carácter análogo. Este conjunto se encuentra en el llamado cólera nostras, del que cada verano se observan ejemplos numerosos en los niños y mucho menos frecuentes en los adultos. Únicamente de estos últimos nos ocuparemos.

El tratamiento será en los casos graves el mismo que el del cólera asiático. Comprende dos clases de indicaciones: el tratamiento de los fenómenos gastro-intestinales y el de los fenómenos de deshidratación.

Cuando hay vómitos repetidos y diarrea abundante, lo mejor es suprimir por completo la ingestión de los alimentos sólidos y hasta de la leche, no dándose al enfermo durante los dos ó tres primeros días más que agua y aun mejor *limonada láctica:*

Acido láctico	10 gramos
Jarabe simple.	200 —
Agua.	800 —

M. s. a.

Si hay vómitos, puede hacerse el lavado del estómago. También será conveniente el lavado del intestino grueso: Bourcy ha empleado este procedimiento para el tratamiento del cólera en 1893, obteniendo buenos resultados. Se introducirán por enteroclisis en el intestino grueso de 1,500 á 2,000 gramos de *agua hervida*. Asimismo puede utilizarse, siguiendo el ejemplo de Cantani, una solución de *tanino:* la fórmula empleada por ese médico napolitano la hemos reproducido anteriormente.

Como medicamento sólido podrá emplearse el *benzonaftol* ó la mez-

cla de benzonaftol, de *salicilato de bismuto* y de *resorcina*. También puede probarse el *tanígeno*. En caso de dolores, de cólicos fuertes, se prescribirá el *opio* ó se darán *inyecciones de morfina;* pero si no hay fenómenos dolorosos que obliguen á ello, vale más abstenerse de los opiados. Por otra parte, hemos de declarar que más importancia que á la medicación propiamente dicha damos á la supresión de los alimentos, á su sustitución por el agua ó por la limonada láctica y á los lavados del intestino y á veces del estómago.

Cuando sea preciso reanudar la alimentación, se dará leche, con preferencia esterilizada, en cantidad que irá aumentando progresivamente, y más adelante sopas de leche y huevos.

La sustracción de una cantidad considerable de agua tiene consecuencias graves para el organismo cuando toma excesivas proporciones: el pulso se acelera y se hace pequeño y aun insensible; los ojos se hunden, la piel se seca y se contrae y la orina disminuye mucho y aun se suprime por completo. Importa, pues, restituir al organismo el agua de que se ve privado, y para ello pueden emplearse dos medios, la inyección subcutánea y la transfusión venosa.

La *inyección subcutánea* (hipodermoclisis), puede practicarse con las jeringas para inyecciones de suero, ó con el aparato de Burlureaux y aun mejor con recipientes provistos de un largo tubo de caucho y suspendidos á la altura que se quiera. El líquido que deberá emplearse será el *suero artificial* propuesto por Hayem, es decir, una solución de 5 á 6 por 1,000 de cloruro sódico en agua destilada, y la inyección se hará con todas las precauciones antisépticas, bien á nivel de la cara externa del muslo ó de la nalga, bien en las paredes laterales del tórax, haciendo que la aguja penetre muy profundamente en el tejido celular subcutáneo.

De este modo pueden inyectarse de 200 á 250 gramos de líquido en veinte ó treinta minutos. Nosotros hemos inyectado á los coléricos hasta 1,200 gramos de suero diarios.

Estas inyecciones hipodérmicas no son muy dolorosas ni causan accidente alguno si se toman las debidas precauciones antisépticas, y tienen sobre la transfusión venosa la ventaja de que el líquido, retenido en el tejido célulo-adiposo subcutáneo, penetra muy poco á poco en la circulación, merced á lo cual no es eliminado tan rápidamente como lo es á menudo el que se introduce en las venas.

La *transfusión intravenosa* de suero artificial se reservará para los casos muy graves en que haya urgencia inmediata de restablecer la circulación y la diuresis: sus indicaciones serán, por consiguiente, el colapso, la debilidad grandísima de los latidos del corazón y la anuria.

D. — DIARREAS DISENTERIFORMES

En la disentería sólo al principio hay verdadera diarrea: las deposiciones son líquidas, abundantes y biliosas. Este período inicial puede durar varios días ó varias semanas, según los casos, tomando después la diarrea el carácter verdaderamente disentérico. El enfermo tiene pujos y tenesmo rectal; las materias evacuadas están constituídas por glerosidades sanguinolentas y contienen hasta residuos blanquizcos, que con razón han sido comparados con la lavadura de carne, despidiendo en este caso un acentuado olor pútrido. Desde el momento en que las deposiciones son realmente disentéricas, ya no hay diarrea, sino falsa diarrea y estreñimiento. Como los accidentes disentéricos son resultado de la inflamación del intestino grueso, y más especialmente de la parte inferior de éste, se comprende que puedan en realidad acompañar á la verdadera diarrea suscitada por una enteritis generalizada.

En el primer período de la disentería, nos encontramos en presencia de una diarrea infecciosa que en nada se diferencia de las demás diarreas infecciosas; por esta razón se la tratará por los mismos medios: subnitrato de bismuto, salicilato de bismuto, benzonaftol, resorcina, salol, opio ó láudano, si hay fenómenos dolorosos. No insistiremos sobre este particular, puesto que no queremos exponer el tratamiento de la disentería, del que nos ocuparemos más adelante, sino el tratamiento de los accidentes disenteriformes: pujos, tenesmo, deposiciones viscosas más ó menos sanguinolentas.

Este conjunto sintomático requiere el tratamiento local por a *enteroclisis*. Se podrá apelar simplemente á los grandes lavados del intestino grueso con agua hervida, adicionada, por ejemplo, con una pequeña cantidad de biborato sódico. Este medio bastará cuando los fenómenos dolorosos sean poco acentuados y las deposiciones simplemente viscosas, como sucede en los casos ligeros de enteritis muco-membranosa. Cuando los dolores sean más intensos y las deposiciones sanguinolentas, se recurrirá á las grandes lavativas con una solución de *tanino* ó de *nitrato de plata*.

Podrán practicarse lavados con un solución de $0^{gr},25$ á $0^{gr},50$ de nitrato de plata cristalizado en un litro de agua, y en los casos acentuados, la dosis de nitrato de plata podrá elevarse al 1 por 1,000. Si es preciso, se añadirán X gotas de *láudano* por lavativa.

Por mi parte, doy la preferencia al tanino y al nitrato de plata; pero se han recomendado otros muchos astringentes, unos á base de ta-

nino, como la *ratania,* y otros de naturaleza distinta, como el *yodo,* el *cloruro de zinc,* el *alumbre* y el *sulfato de cobre.*

En la disentería y en los estados disenteriformes, está indicado el uso de los purgantes salinos á pequeñas dosis, repetidas cada dos ó tres días, cuando en realidad hay estreñimiento, debiendo procurarse con su empleo provocar la reaparición de las deposiciones normales. Con el mismo objeto se recurre á veces á la *ipecacuana,* que se da en infusión por el método llamado brasileño, y en las píldoras de Segond, tan frecuentemente empleadas por los médicos de la armada, está asociada con los calomelanos y el opio.

E. — DIARREAS DEPENDIENTES DE LESIONES CRÓNICAS DEL INTESTINO

Como tipos de este grupo tomaremos la diarrea de la enteritis tuberculosa y la diarrea crónica de los países cálidos.

1.° Diarrea de la enteritis tuberculosa

La diarrea es muy frecuente en los tuberculosos y puede ser debida en ellos á diferentes causas: puede ser alimenticia y derivar del abuso de ciertos medicamentos, del aceite de hígado de bacalao, por ejemplo, posibilidad que será preciso siempre averiguar. Puede atribuirse á una simple enteritis superficial, catarral; pero á menudo obedece á causas más profundas y más graves, tales como las ulceraciones tuberculosas del intestino, las lesiones del hígado y de los ganglios linfáticos en donde terminan los quilíferos, y la degeneración amiloidea de las vísceras abdominales. Contra estos dos últimos casos casi son de todo punto inútiles los recursos terapéuticos, así es que se procurará simplemente atenuar sus graves consecuencias por medio de la higiene.

La diarrea que acompaña á las ulceraciones tuberculosas del intestino es á veces muy abundante y á menudo va unida á dolores espontáneos á lo largo del intestino. Con la palpación se provoca dolor en su trayecto, pero más especialmente y con más frecuencia á nivel del ciego.

Esta diarrea es, en la mayoría de los casos, muy rebelde, y por esto los medios contra ella empleados son tan numerosos como variados, siendo los que, al parecer, dan mejor resultado, los siguientes: el *tanino,* el *ácido láctico,* la mezcla de *salicilato de bismuto,* de *benzonaftol* y de *resorcina,* el *nitrato de plata* y el *talco.* Debove ha propuesto el talco á grandes dosis, especialmente contra la diarrea tuberculosa, y, en efecto, á menudo da buenos resultados.

El tanino tiene el inconveniente de fatigar fácilmente el estómago, y hay enfermos que no lo toleran: es mejor sustituirlo por el *tanígeno*.

El nitrato de plata se dará en píldoras á la dosis de $0^{gr},02$ á $0^{gr},10$:

Nitrato de plata.	0 gr. 01
Miga de pan..	c. s.

Para una píldora.

Cuando las lesiones residen, al parecer, en la parte inferior del colon, es lógico recurrir á las aplicaciones astringentes locales, que podrán practicarse fácilmente empleando los lavados á poca presión, que hemos preconizado anteriormente contra las enteritis disenteriformes.

2.° Diarrea crónica de los países cálidos

No están de acuerdo los autores respecto de la naturaleza de la diarrea crónica de los países cálidos: según unos, se confunde con la disentería, á la que sucede con frecuencia; según otros es distinta, y algunos la consideran como término común de todas las enteritis posibles, inclusa la disentería (1). El paludismo puede á menudo contribuir á su patogenia.

Para los enfermos atacados de esta enfermedad se impone la repatriación, que es el medio mejor y más seguro de tratarla que se ha encontrado hasta ahora.

Se han ensayado, sin gran éxito, los polvos mixtos: el *subnitrato de bismuto*, la *creta preparada* y los *astringentes*. Los *opiados* son útiles para el tratamiento del dolor, y pueden curar la enfermedad en sus comienzos; pero no sucede lo propio cuando ésta se encuentra en el período de estado, pues entonces sólo producen una falaz mejoría, á la que sigue muy pronto la reproducción de las deposiciones diarreicas. En las colonias, empléase también, para el tratamiento de las enteritis, la *clorodina*, cuyas ventajas é inconvenientes son casi los mismos que los de los opiados.

De Santi declara haber utilizado con muy buen éxito las inyecciones subcutáneas de una solución saturada de *sulfato de magnesia* preconizadas por Luton.

El *régimen lácteo* produce á menudo excelentes resultados contra la diarrea de los países cálidos; este régimen tiende á realizar hasta cierto punto la antisepsia intestinal. Con el mismo objeto se recurrirá á los medios antisépticos anteriormente recomendados: el *benzonaftol*, el *salicilato de bismuto*, el *salol*, la *limonada láctica*, los *grandes lavados del intestino grueso*.

Ciertas curas de aguas minerales, *Vichy*, *Vals*, *Bussang*, *Pougues*,

(1) De Santi. — *De l'entérite chronique paludéenne ou diarrhée de Cochinchine.*

son muy convenientes cuando los enfermos han mejorado mucho, pero no están aún completamente curados. Si hay manifestaciones hepáticas, está especialmente indicada la cura en las estaciones de aguas alcalinas.

F.—DIARREAS PALÚDICAS

La diarrea puede producirse bajo la influencia del paludismo en diferentes condiciones y se presenta á menudo en los enfermos atacados de caquexia palúdica: confundiéndose en resumidas cuentas con la diarrea crónica de los países cálidos de que acabamos de ocuparnos. También puede la diarrea ser manifestación del paludismo, bien constituyendo el único síntoma de éste, bien apareciendo unida á un conjunto de fenómenos dependientes asimismo de la malaria.

Sea de ello lo que fuere, en los países pantanosos ó en los individuos sometidos á la influencia de las regiones de la malaria, en caso de diarrea crónica convendrá pensar en el paludismo y se prescribirá la *quinina*, con cuya medicación específica podrán curarse enteritis que hayan resistido á todos los demás medios. Los hechos más característicos son aquellos en los cuales las diarreas se presentan de un modo regularmente intermitente. La diarrea crónica de apariencia banal, atípica, puede suceder á una diarrea de accesos marcadamente intermitentes.

G.—DIARREAS NERVIOSAS

El sistema nervioso interviene probablemente en el mecanismo de casi todas las diarreas crónicas; pero hay casos en los cuales el flujo intestinal es consecuencia directa y expresión sintomática de una enfermedad nerviosa con lesiones orgánicas determinadas ó de una neurosis. A la primera categoría pertenece la diarrea de la tabes dorsal; á la segunda, la diarrea del histerismo, de la neurastenia, de la enfermedad de Basedow.

En los neurópatas y en los neuro-artríticos, basta á veces una causa de mínima intensidad para provocar la diarrea: el frío, una emoción, la ingestión de tal ó cual alimento inofensivo para otras personas. Hay en ello una combinación, una alianza de factores patogénicos que es preciso saber tener en cuenta en terapéutica. Aquí sólo trataremos de las diarreas en cuya génesis predomina claramente el elemento neuropático.

La diarrea de los tabéticos es de una monotonía y de una persistencia desesperantes, existiendo casos en los cuales se presentan por espacio

de años enteros diez y veinte deposiciones diarias, sin que ningún tratamiento sea bastante á contenerlas.

La diarrea de la enfermedad de Basedow procede por accesos irregulares, que se presentan á menudo bruscamente, de un modo inesperado, y de la misma manera desaparecen.

Las diarreas histérica y neurasténica son realmente las más interesantes; tienen un origen psíquico y han sido perfectamente estudiadas por Nothnagel. He aquí un ejemplo de ellas: un individuo sale cada día de su casa para ir al almacén en donde está empleado; después de esto va á su casa para almorzar volviendo de nuevo al almacén. Por la mañana, ante la idea de que ha de salir, hace una deposición normal y en seguida una ó dos deposiciones diarreicas. Durante el trayecto de su casa al almacén experimenta grandes angustias, porque teme verse sorprendido por una evacuación alvina que no le dé tiempo de encontrar un excusado. Una vez en el almacén, siéntese perfectamente hasta la hora en que ha de volver á su casa, pues entonces se reproducen los mismos accidentes, sucediéndole lo propio siempre que tiene que alejarse de los retretes.

Estas diarreas psicopáticas son bastante frecuentes y revisten distintos aspectos. Hay personas que no pueden comer fuera de su casa sin sentirse acometidas de cólicos y de una necesidad urgente de defecación: algunas veces, unas gotas de *láudano* tomadas antes de la comida bastan para evitarles esas molestias. Otras no pueden comer determinados manjares, lo cual permite suponer que hay en ello una acción laxante particular, personal, idiosincrásica, de ciertas substancias alimenticias; pero hay también con frecuencia, hasta cierto punto, una influencia de la autosugestión.

En presencia de diarreas de esta índole, se tratará el nervosismo más bien que su manifestación intestinal, recurriéndose, por consiguiente, á la *hidroterapia*, á la *electroterapia*, á la *gimnasia sueca*, á la *climatoterapia*. No se olvidará tampoco que uno de los elementos de éxito más importantes es devolver al enfermo la confianza en sí mismo, que ha perdido, y en su consecuencia se otorgará al tratamiento moral el puesto que en tales condiciones le conviene. La sugestión, según los casos, será más ó menos imperiosa, directa ó indirecta.

CAPÍTULO XXXI

TRATAMIENTO DE LA DIARREA CRÓNICA DE COCHINCHINA

POR

EDUARDO BOINET

Agregado médico de los hospitales, profesor de la Escuela de Medicina de Marsella

TRADUCCIÓN DEL DR. D. JOSÉ GÓNGORA

I

Consideraciones generales

La diarrea de Cochinchina, que hemos podido observar en Saigón y en los hospitales ó ambulancias del Tonkín, es una afección de curso esencialmente crónico, interrumpido á veces por ataques subagudos y generalmente de una tenacidad desesperante. Está sujeta á frecuentes recaídas y á menudo es rebelde á las medicaciones más variadas, que sucesivamente hemos empleado y comparado en el servicio de los diarreicos que teníamos á nuestro cargo en el hospital de Hanoi. Las indicaciones terapéuticas derivan de los caracteres clínicos y anatomo-patológicos de esta afección. En la diarrea de Cochinchina *típica*, las deposiciones son blandas, líquidas, amarillas ó incoloras, sin vestigios de sangre; los trastornos dispépticos gastro-intestinales están muy acentuados, la anemia es considerable y el enflaquecimiento llega á veces á un grado tal que algunos de nuestros enfermos no pesaban más que de 35 á 49 kilogramos. Esta desnutrición extremada depende en gran parte de la atrofia con degeneración glándular del intestino delgado, el cual se presenta pálido, blanquizco, como lavado, adelgazado, liso, comparable con la tripa de buey. Las glándulas anejas al tubo digestivo (hígado, páncreas) experimentan una atrofia análoga. Estas consideraciones demuestran la importancia del tratamiento dietético. La diarrea de Cochinchina va muy á menudo acompañada de ulceraciones disentéricas del intestino grueso, sin que sea por

esto tributaria de la disentería. Según Girard, Barcerie, Layet, Lenoir, Talairach, Le Dantec y Planté (1), esta diarrea constituye una entidad morbosa perfectamente definida, caracterizada sobre todo por la ausencia de ulceraciones intestinales: cuando éstas existen, son puramente contingentes, y unas tienen, al parecer, un origen disentérico y otras, localizadas en la ampolla rectal, son debidas, según Layet, «al estancamiento de los productos de una mala alimentación.» Finalmente, Le Dantec cree que las ulceraciones del intestino delgado encontradas en la autopsia de los diarreicos antiguos resultan de una infección tuberculosa que ha venido á agregarse á la diarrea. Bertrand y Fontan, por el contrario, son unicistas y agrupan con el nombre de enterocolitis endémica de los países cálidos esas diarreas crónicas con ulceraciones intestinales. La frecuencia, la gravedad, la duración de la diarrea de Cochinchina explican el número y la diversidad de los tratamientos empleados.

Sucesivamente estudiaremos:

1.° El *tratamiento dietético* (régimen lácteo, régimen mixto; eupépticos);

2.° El *tratamiento farmacológico*, que comprende: *a)* los purgantes, la ipecacuana, los calomelanos, los analgésicos (accesos, crisis disenteriformes, recrudescencias); *b)* los opiados, los restringentes, los absorbentes, los astringentes, los antisépticos intestinales (período crónico ó subagudo); *c)* la *medicación general; d)* la *medicación hidromineral;*

3.° La *profilaxia* y la *higiene*.

II

Tratamiento dietético

1.° *Regímenes*. — El *régimen lácteo* exclusivo es la medicación preferible. La leche hervida ó esterilizada se tomará gradualmente á pequeños sorbos, á la dosis de 2, 3 y 4 litros cada veinticuatro horas. Si la leche es demasiado grasa, es preciso desnatarla. La adición de 15 á 20 gramos de *agua de cal* ó de 0gr,50 de *bicarbonato sódico* por litro hace más tolerable el régimen lácteo. El éxito de la terapéutica depende de la calidad de la leche y se manifiesta por el espesamiento de las materias evacuadas, por su coloración amarilla homogénea, por la cesación de la lientería y por el aumento de peso del cuerpo.

Las soluciones de *leche concentrada suiza*, que en el Tonkín susti-

(1) Planté. — *Des rapports de l'intestin et du foie*, Congreso de med. de Burdeos, 1894 Discusión por MM. Boinet, Le Dantec y Planté (pág. 423).

tuían á la leche natural, sólo nos dieron mediano resultado: tienen un sabor demasiado azucarado y es posible que la transformación láctica de este exceso de azúcar favoreciera el desarrollo del muguet, que era bastante frecuente entre los diarreicos de nuestros hospitales.

Transcurrido algún tiempo, se pasa al *régimen mixto* compuesto de féculas, feculentos ligeros, puré de lentejas, huevos pasados por agua, huevos nevados y de carne magra de buey y de carnero. La carne cruda picada, separada de la grasa y de las partes fibrosas, el seso hervido, la lechecilla de ternera ó de cordero, no se prescribirán hasta que las deposiciones sean pastosas. Es preciso vigilar con gran cuidado las deyecciones, porque la lientería se produce á menudo, sobre todo si el enfermo se aparta del régimen prescrito.

Cuando esto sucede, hay que volver á la leche, á la que, unos días después, se añadirán por mañana y tarde 200 gramos de *caldo desengrasado,* 150 gramos de jugo de carne y 10 gramos de sal en grano.

Si el enfermo no tolera la leche, puede suplirse ésta con tisana albuminosa, té de buey, caldo de pollo, agua de arroz ó agua panada.

2.° *Peptonas.* — Féris (1) ha recomendado el uso de las *peptonas*, á la dosis de 3 á 6 cucharadas pequeñas de polvo ó de 3 á 6 cucharadas grandes de solución. Las peptonas se disuelven en leche ó en caldo desengrasado y pueden también administrarse en *lavativas* compuestas de un vaso de agua tibia, 1 á 3 cucharadas de peptona, 25 centigramos de bicarbonato sódico y 4 gotas de *láudano*. Según Féris, este tratamiento, que dura de nueve á diez y ocho días, modifica las deyecciones alvinas y determina un rápido aumento de fuerzas. Algunos de nuestros enfermos se han sentido bien con el empleo de estas peptonas.

3.° *Alimentación definitiva.* — Cuando la mejoría es evidente, se prescriben las carnes magras á la parrilla, las pechugas de aves, los pescados, los huevos, los feculentos, el pan tostado. La cerveza mezclada con agua de *Pougues* ó el té caliente deben ser preferidos al vino.

Algunas frutas exóticas, la *guayaba* en el Tonkín, la baya de *bael (ægle marmelos, Aurantiácea)* en la India, gozan de cierta reputación.

4.° *Eupépticos.* — En el Tonkín, aconsejamos también el jugo de *carica papaya* que favorece la digestión, de las materias albuminoideas. La *pepsina* está indicada cuando las deposiciones contienen pequeños cuajarones amarillentos, transparentes, compuestos de caseína y de materias albuminoideas no digeridas. Bertrand prescribe con razón la *pancreatina* antes de las comidas, cuando las deyecciones contienen glóbulos grasos. Féris recomienda también las substancias llamadas *peptógenas*, el

(1) Féris.— *Arch. de méd. nav.*, 1882, t. XXXVIII, pág. 290.

caldo desengrasado, la dextrina en tisana ó mezclada con leche á la dosis de 20 á 60 gramos. Esta serie de *eupépticos* podrá completarse con la *ingluvina*, la *diastasa vegetal* (maltina). Por nuestra parte, preferimos administrar varios fermentos á la vez, añadiendo algunas veces IV ó V gotas de *ácido clorhídrico*.

En resumen; en la diarrea de Cochinchina, el *régimen* tiene una importancia por lo menos igual á la del *tratamiento farmacológico*.

III

Tratamiento farmacológico

La diarrea de Cochinchina puede ser crónica desde luego ó suceder á un ataque disentérico. Además, su curso crónico puede presentar recrudecimientos subagudos ó agudos, provocados muchas veces por apartarse el enfermo del régimen prescrito ó por enfriamientos.

Contra estos *accesos disenteriformes* se emplearán especialmente: los *purgantes*, la *ipecacuana*, los *calomelanos* y, en ocasiones excepcionales, el *ailanto* y la *simaruba*.

1.° *Purgantes*. — Pueden prescribirse como purgantes ligeros el *maná*, el *ruibarbo* y el *aceite de ricino*, pero son preferibles los *purgantes salinos* (sulfato de sosa, de magnesia, citrato de sosa ó de magnesia, sal de Seignette). El sulfato de sosa es el más comúnmente empleado: se administra durante uno ó dos días á dosis *purgante* (30 gramos) y luego á dosis *decreciente* de 20, 15, 10, 8 y hasta 5 gramos diarios. Cuando han desaparecido los fenómenos subagudos, aconsejamos el sulfato de sosa á dosis refractas, 10 gramos cada veinticuatro horas en una poción de la que se tomará una ó dos cucharadas grandes cada hora.

2.° *Ipecacuana*. — Si esas crisis disenteriformes revisten un carácter demasiado agudo, ó no se corrigen suficientemente con el sulfato de sosa, se reemplaza esta poción por una infusión de 4 á 5 gramos de ipecacuana triturada, y aun mejor por la misma dosis de ipecacuana preparada por el método brasileño. Como succedáneo de la ipecacuana se ha preconizado el *ailanto glanduloso (barniz del Japón, simarubea)*, remedio que recomiendan Robert, Giraud, Dugat-Estublier y Dudgeon. Muy recientemente Hagge ha conseguido rápidas curaciones en casos análogos con la maceración de la corteza de *simaruba*. Finalmente Waring y Daruty recomiendan los polvos de *anderjoa (corte de palo, holarhena antidisentérica, apocinea)*; pero estos nuevos antidisentéricos no tienen el valor de la ipecacuana.

3.° *Calomelanos.* — También son útiles en semejante caso los calomelanos, bien á dosis *grande* de una vez (50 centigramos) á modo de purgante antiséptico, bien *fracta dosi* (en papelitos de 5 á 10 centigramos cada cinco horas hasta tomar 40 ó 50 centigramos en un día). A estas dosis sólo se prescribirán los calomelanos dos días seguidos. Asimismo se obtienen algunos resultados con dosis *rasorianas*, es decir, 10 centigramos diarios durante varios días.

Es conveniente asociar los calomelanos con la ipecacuana y el extracto de opio, empleándose para ello las *píldoras de Segond*, cuya composición es la siguiente:

Ipecacuana.	0 gr. 40
Calomelanos.	0 gr. 20
Extracto de opio.	0 gr. 05
Jarabe de espino cerval.	C. s.

Para seis píldoras, que se tomarán en veinticuatro horas.

Maget ha modificado estas píldoras aumentando la dosis de calomelanos hasta 50 centigramos (1). Estas píldoras de Segond gozan de gran fama, que nos parece algo exagerada: obran más bien en los casos de ataques subagudos que cuando la diarrea es lientérica, seromucosa, amarillenta ó verde porrácea; sin embargo, pueden dar buenos resultados en el período crónico, pero es preciso suspenderlas al cabo de algunos días.

4.° *Opiados.* — El *opio*, en sus diferentes formas, está especialmente indicado para combatir los dolores que sobrevienen al principio ó en el curso de la enterocolitis, y se administra en forma sólida *(extracto tebaico, polvos de opio, diascordio, triaca)* ó en forma líquida (jarabes de *morfina, diacodion, tebaico, láudano* de Sydenham, *elíxir paregórico)*. Los polvos de Dower asociados con la quinina se emplean ventajosamente en los diarreicos palúdicos.

La *clorodina*, muy usada en las Indias inglesas, tiene también una acción analgésica muy marcada y es una mezcla de:

Morfina.	10 gramos
Cloroformo.	30 —
Éter.	20 —
Tintura de cannabis indica.	20 —
Tintura de capsicum.	30 —
Aceite esencial de menta piperita.	30 —
Melaza	200 —

La clorodina, al igual que los opiados, disminuye la abundancia de las secreciones intestinales; así es que cuando las deposiciones tienen un color muy fuerte, son neutras ó alcalinas y presentan abundante flujo

(1) Maget. — *Arch. de méd. nav.*, 1891, pág. 64.

bilioso, es preciso renunciar á los calomelanos, á los purgantes y á la ipecacuana, y recurrir á los opiados y á los antisépticos intestinales.

5.° *Medicamentos restringentes.*—En el *período de estado* ó en la diarrea crónica desde el primer momento, los opiados se asocian con los purgantes salinos, que deben administrarse durante muchos días á dosis sostenidas ó refractas. Esta medicación es la que nos ha dado mejores resultados. Cuando las deyecciones son serosas, de masa homógenea ó infladas, se añaden á los opiados los medicamentos llamados *restringentes*, tales como: 1.° los polvos inertes *(carbonato de cal, fosfato de cal);* 2.° los absorbentes *(creta preparada, subnitrato de bismuto, talco, carbón, óxido de zinc);* 3.° los astringentes *(tanino, catecú, ratania).*

Este último grupo de medicamentos no debe recetarse cuando la lengua está encarnada y limpia, ni cuando los fenómenos morbosos revisten un carácter agudo ó subagudo. Estos medicamentos restringentes se emplean también solos: entre ellos figura, además, el *cocimiento blanco de Sydenham,* merced al cual se consiguen á veces mejorías notables en las antiguas diarreas. Mencionemos, finalmente, la *corteza de coto* (laurínea del Perú) y su principio activo, la *cotoína* (0gr,20 á 0gr,50 diarios), que poseen una acción astringente.

6.° *Antisépticos.*—La diarrea crónica de Cochinchina tiene un origen microbiano, en nuestro concepto perfectamente comprobado por las diversas series de cultivos que tenemos en nuestro laboratorio: es resultado de una infección local microbiana y de una intoxicación general por toxinas (Calmette). En distintas ocasiones hemos comprobado la presencia de las anguílulas descritas por Normand.

A.—Los *antisépticos intestinales* están, por consiguiente, indicados sobre todo en los casos de deyecciones líquidas ó en puré, muy fétidas y cargadas de bacterias; sin embargo, en presencia de la cronicidad desesperante de ciertas diarreas, se pueden ensayar sucesivamente: el *salicilato de bismuto* (2 á 10 gramos por sello de 0gr,50), el *benzoato de bismuto* (3 á 6 gramos) asociado ó no con el *benzonaftol* (2 á 3 gramos por sello de 0gr,50), el *betol* (1 á 3 gramos en sellos de 0gr,50), el *salol* (de 1 á 3 gramos por sello en 0gr,50), el *galato básico de bismuto* ó *dermatol* (de 2 á 4 gramos en poción ó en sellos de 0gr,25 á 0gr,50 por toma), el *naftol* β puro ó asociado con el *salicilato de bismuto.* El yodoformo irrita demasiado la mucosa estomacal.

El *agua sulfocarbonada,* á la dosis de 100 á 150 gramos diarios, aconsejada por Dujardin-Beaumetz y empleada por Palasne y Maurel, activa la formación de las deposiciones formadas y disminuye su olor desagradable.

Le Dantec (1) recomienda, para los casos de diarrea crónica pura, el *agua clorofórmica* saturada, á la dosis de 100 gramos, mezclada con igual cantidad de agua. El enfermo toma cada hora una cucharada grande de esta agua clorofórmica diluída, que se opone á la pululación de los microbios, y no dificulta, como muchos antisépticos, el trabajo de la digestión.

En los hospitales de Hanoï y de Marsella hemos empleado con buen éxito el *ácido láctico*, bien en poción á la dosis de 3 gramos, bien en forma de limonada (15 gramos de ácido láctico por 200 de jarabe y 800 de agua hervida). Talmy ha preconizado el uso del azúcar de leche, que se descompone en ácido láctico: la dosis varía entre 50 y 300 gramos diarios.

Nos parece oportuno recordar que, á consecuencia de los experimentos realizados en 1888 acerca de la acción antagónica de la levadura de cerveza sobre diversos microbios patógenos, y publicados en 1890 en el *Bulletin de Thérapeutique*, administramos *levadura de cerveza* á algunos enfermos atacados de diarrea crónica. Nos proponemos reanudar tales experimentos.

Tal vez podría utilizarse la acción terapéutica del *azul de metileno* administrado por la boca ó en lavativas, porque sabido es que los microbios coloreados pierden en parte su virulencia. Calmette (2) llama la atención sobre los trastornos debidos á la acumulación de las toxinas *piociánicas* ú otras y aconseja como diuréticos la *lactosa*, el *nitrato* y el *bicarbonato sódicos*. También podrían recetarse el *satol*, el *salacetol* (Richetti, Ottolenghi) y el *tanígeno* (Moncorvo).

B. — La antisepsia debe aplicarse también á la parte inferior del *intestino grueso*. Cuando las deposiciones sean líquidas ó en forma de puré, fétidas y cargadas de bacterias, se aplicarán lavativas de *agua boricada*, de *permanganato de potasa* (1 á 2 gramos), de *licor de Labarraque* (2 á 4 gramos), de *ácido salicílico* (0^{gr},50), de *alumbre*, de *agua sulfocarbonada*. La medicación tópica se dirigirá contra las ulceraciones del recto y el tratamiento de éste consistirá en lavativas ó aplicaciones de *nitrato de plata* (de 0^{gr},25 á 0^{gr},50), *tintura de yodo* (10 gramos por 250 de agua), *ácido fénico* (0^{gr},25), *sulfato de cobre, cloruro de zinc, tanino, ratania*, etc. Cuando las deposiciones sean fecaloideas, con moco vítreo ó seropurulentas, se prescribirán lavativas de nitrato de plata ó de ratania. En caso de tenesmo, se añadirá láudano. Pollatschek encomia el uso repetido de pequeños enemas calientes cuando en el intestino

(1) Le Dantec. — *Arch. de méd. nav.*, 1892, pág. 358.
(2) Calmette. — *Arch. de méd. nav.*, 1893, pág. 345.

grueso existen lesiones ulcerosas. Testevin preconiza las lavativas creosotadas calientes precedidas de la irrigación del recto con agua boricada adicionada con ácido salicílico. Corre recomienda las lavativas de agua oxigenada ó fenicada. Lemoine prefiere los lavados del intestino grueso con una solución de *bicloruro de mercurio* al 10 milésimo. Le Dantec emplea una solución de *nitrato de plata* al milésimo. Dujardin-Beaumetz aconseja que se inyecten lo más alto posible soluciones de *naftol* al milésimo, empleando para ello un tubo de Debove.

C. — La desinfección de la *cavidad bucal* se completará con lavados de agua boricada.

7.° *Medicación general.* — Es preciso realzar las fuerzas por medio de tónicos *(coca, kola, cacao, guarana, café, quina, canela);* amargos *(cuasia, colombo, genciana, nuez vómica);* marciales, arsenicales, eupépticos *(pepsina, pancreatina, diastasa vegetal, maltina).*

8.° *Medicación hidromineral.* — Comprende las aguas: 1.° *cloruro-bicarbonatadas*, 2.° *clorurado-arsenicales*, 3.° *bicarbonatado-ferruginosas*, 4.° *sulfurado-sódicas*, 5.° *sulfatadas*, 6.° *clorurado-sódicas*, que se prescribirán según las distintas indicaciones que ofrezcan los diarreicos.

También se prescribirán á éstos *fricciones estimulantes, masajes, baños* de sal de Pennès, baños sulfurosos, y en algunos casos baños de mar. Asimismo se recomendarán las aguas de *Amelie-les-Bains*, de *Plombières*, de *La Bourboule*, de *Vichy*, de *Pougues*, de *Bussang*, de *Châtel-Guyon*, de *Orezza*, etc.

9.° La *hidroterapia* consistirá en afusiones y duchas, sábana mojada, duchas de lluvia ó de chorro sobre todo el cuerpo, circulares, escocesas, de chorro hepático, etc.

10. Por último, la *electrización* del tubo digestivo ensayada por Mourson (1) ha dado malos resultados. Mourson se servía de corrientes continuas descendentes, de seis elementos de fuerza.

Únicamente á título de curiosidad terapéutica citaremos la operación de Folet (de Lille), quien en el Congreso de Cirugía de 1885 propuso que se practicara el *ano cecal* en los casos de colitis ulcerosa incurable.

IV

Profilaxia

Terminaremos esta materia con algunas consideraciones sobre profiláxia práctica, para uso de los europeos que van á habitar en los países

(1) Mourson. — *Arch. de méd. nav.*, 1884, t. XLII.

cálidos y que están expuestos, sobre todo durante los primeros meses de su permanencia en el extremo Oriente, á contraer la diarrea crónica endémica. Esta enfermedad es muy frecuente y hace necesarias numerosas repatriaciones: en los cuadros de mortalidad de las tropas enviadas á Cochinchina puede verse que esta afección causó, desde 1861 á 1888, el 7'53 por 100 de defunciones, proporción que en 1870 se elevó á 19 por 100 (Bonnafy) (1).

1.° Los europeos procurarán, en lo posible, llegar algún tiempo antes de la estación calurosa y de las lluvias, porque de este modo su *aclimatación* será más fácil. Para evitar los ataques, las recaídas ó las recidivas de la diarrea crónica endémica de los países cálidos, el recién llegado deberá adoptar las precauciones siguientes:

2.° Se preservará de un *enfriamiento* por medio de un cinturón de franela ceñido alrededor del abdomen y vestirá trajes de lana en la época de los descensos de temperatura, que á veces se acentúan mucho durante la noche. Si se ve obligado á acampar al aire libre, imitará á los indígenas, que se acuestan debajo de un abrigo, aunque sea de hojas, y no descansan nunca directamente sobre el suelo. Y finalmente, se abstendrá de tomar con frecuencia baños fríos, aunque á ello le inciten las rápidas y frescas corrientes de agua de las regiones montañosas.

3.° La diarrea de Cochinchina se propaga principalmente por medio del *agua en bebida:* es, por ende, prudente no beber más que agua filtrada y hervida ó ligeras infusiones de té. El agua turbia de los ríos, cuyas materias fangosas han sido precipitadas con un poco de alumbre según costumbre annamita, es preferible al agua clara, viva y límpida que se encuentra en las regiones montañosas y que se niegan á beber los indígenas y á veces hasta los caballos. En efecto, la acción del alumbre arrastra al depósito fangoso las materias orgánicas en suspensión. Nada de aperitivos, nada de líquidos alcohólicos y poco hielo.

4.° Como la diarrea crónica ataca con preferencia á los palúdicos (2), como dosis preventiva se tomarán 25 centigramos de quinina, medicación cuyos excelentes efectos hemos podido comprobar en el alto Tonkín.

5.° Es preciso contener lo más pronto posible, por medio de astringentes y opiados, esas pequeñas *diarreas matutinas,* en apariencia insignificantes, y tan frecuentes en los países cálidos, porque á menudo son el exordio de la diarrea crónica endémica.

6.° Es necesario no olvidar que los anémicos son candidatos á la

(1) Bonnafy.—*Arch. de med. nav.*, 1897, pág. 161.
(2) De Santi.—*De l'entérite chronique paludéenne*, París, 1892.

diarrea crónica; de ahí que la *anemia tropical*, que á menudo coexiste con el paludismo, deberá ser tratada por medio de tónicos, marciales y arsenicales. Y si estos medicamentos no surten efecto, será prudente enviar á esos anémicos á un *sanatorio* ó á *orillas del mar* durante la estación calurosa y malsana. Finalmente, si á pesar de estas precauciones, la diarrea crónica se declara, persiste y resiste por algún tiempo al tratamiento ordinario, la *repatriación* se impone.

7.° Este es el último recurso terapéutico que á esos enfermos les queda. A menudo su estado mejora al cabo de unos días de travesía bajo la sola influencia del cambio de aires, del régimen lácteo, del sulfato sódico á dosis fraccionadas y de los antisépticos intestinales, y á su llegada á Europa pueden creerse curados; mas es preciso que no olviden que el más pequeño enfriamiento les expone á una recaída. Por esta razón, si desembarcan en invierno, harán bien en esperar que vuelva la buena estación, estableciéndose entretanto en un clima bastante cálido y poco expuesto á los cambios bruscos de temperatura (*Argel*, *litoral mediterráneo*, *Amelie-les-Bains*, etc.).

CAPÍTULO XXXII

TRATAMIENTO DE LA DISENTERÍA

POR

A. KELSCH

Médico inspector de Sanidad Militar
Director de la Escuela del servicio de Sanidad Militar de Lyon

TRADUCCIÓN DEL DR. D. JOSÉ GÓNGORA

I

Consideraciones generales

La terapéutica de una afección debe inspirarse en el conocimiento de la naturaleza de la misma; por esto, la determinación de la naturaleza de la disentería ha de ser la introducción lógica del presente capítulo.

Considerada desde el punto de vista anátomo-patológico, la disentería se nos presenta como enlazada con un proceso esencialmente necrótico del intestino grueso, que con el malogrado Kiener describimos relacionándolo con dos tipos esencialmente distintos de la mortificación: la necrosis seca y la gangrena (1).

La necrosis seca está representada por escaras de dimensiones variables, que no son otra cosa que las seudomembranas descritas por los antiguos autores, y corresponde á esa variedad de la muerte de los tejidos compatible con la conservación momentánea de la forma de los elementos, á la que Cohnheim ha dado el nombre de necrosis de coagulación. Las escaras, una vez formadas, se desprenden en totalidad ó se disgregan lentamente en la superficie libre, sin dejar de progresar en el sentido de la profundidad. El resultado de esta caída ó de esta disgregación es una úlcera, uniéndose generalmente á esta lesión fundamental y en grados distintos los desórdenes característicos de la inflamación catarral: la hiperemia de la mucosa, la hinchazón edematosa de la submucosa, la hiperse-

(1) KELSCH y KIENER. — *Traité des maladies des pays chauds*, pág. 6 y siguientes.

creción de las glándulas de Lieberkuhn y la tumefacción y reblandecimiento de los folículos cerrados.

En el estado crónico, el intestino está salpicado de lesiones diversas con relación al período de evolución: escaras recientes, úlceras en vías de progreso, de reparación ó de cicatrización. La antigüedad manifiestamente variable de estos desórdenes atestigua que se han producido por brotes sucesivos, lo que corresponde á la marcha paroxística de la disentería crónica. La mucosa es asiento de un catarro antiguo, la submucosa está indurada y transformada en un tejido fibroso denso que produce un ruido estridente bajo la presión del cuchillo.

El intestino, por otra parte, presenta en su aspecto general modificaciones que no son indiferentes á las consecuencias de la enfermedad y al efecto del tratamiento: en efecto, á menudo está desviado de su dirección por adherencias anormales, deformado, estrangulado en varios sitios por estrecheces cicatriciales que alternan con dilataciones totales ó circunscritas en forma de ampolla.

La forma gangrenosa de la disentería corresponde á su expresión clínica más grave, y se caracteriza anatómicamente por la escara, que presenta todos los caracteres de la gangrena. La escara gangrenosa interesa siempre á la vez la mucosa y la submucosa, y puede extenderse capa por capa hasta invadir toda la circunferencia del intestino. Otras veces queda limitada por el lado de la mucosa, pero se extiende por la submucosa dando lugar á vastos desprendimientos, de los cuales brotan, por la presión, gotas de pus y fragmentos de tejido esfacelado, como en el flemón difuso subcutáneo.

La gangrena puede ser primitiva, en cuyo caso es la característica anatómica de esas disenterías fulminantes que, en general, terminan rápidamente con la muerte. Las más de las veces va asociada con la forma precedente, y en tales casos corresponde á las disenterías graves, pero de curso menos precipitado.

Los caracteres anatómicos de estas formas mixtas son naturalmente muy variables. En la superficie del intestino se ven úlceras secas ó cicatrices al lado de escaras gangrenosas, y escaras perforantes al lado de engrosamientos callosos. Los islotes de mucosa respetados por las ulceraciones presentan unos las lesiones del catarro crónico y de la alteración esclerosa, y otros la tumefacción edematosa propia de la gangrena.

Todas estas lesiones hemos logrado producirlas con un veneno cáustico, el amoníaco, y en su consecuencia nos hemos creído autorizados para declarar que el agente de la disentería, sea cual fuere, puede ser asimilado en su modo de acción á un tóxico necrótico; que ese tóxico, según su

grado de energía, produce los desórdenes variados del catarro, de la escara seca y de la gangrena; que si la zona atacada de necrosis comprende únicamente la mucosa, con exclusión de la capa muscular subyacente en donde se verifica la exudación de la linfa, prodúcense las transformaciones secas, y que si, por el contrario, la túnica vascular es destruída al mismo tiempo que la capa superficial, lo que se produce es la gangrena.

Preciso es creer que este agente, aparte la determinación hepática, localiza su acción exclusivamente en el intestino, puesto que, á excepción del hígado, todos los demás órganos se conservan generalmente sanos, observándose en ellos á lo sumo cierto grado de desnutrición y de sequedad.

A esas diversas lesiones corresponden tres formas clínicas fundamentales, cuyos caracteres esenciales vamos á exponer en pocas líneas.

1.° *Disentería simple* ó benigna (catarral, reumática, inflamatoria, biliosa de los antiguos autores). Esta forma corresponde patogénicamente al mínimo de potencia de acción del agente específico, y anatómicamente á la escara seca y á la úlcera simple. Considerada en su expresión más característica, la sintomatología se resume, por un lado, en trastornos de secreción del intestino y flujos mucosos, sanguíneos, biliosos y serosos que, esencialmente movibles, alternan ó se asocian entre sí de la manera más variable, y por otro, en fenómenos nerviosos diversos, de los cuales los más notables son el tenesmo y las perturbaciones vasomotoras. Estas últimas, que apenas se insinúan en la disentería benigna, adquieren preponderante importancia en la disentería grave y constituyen, en cierto modo, el principal peligro de ésta.

2.° *Disentería grave* (maligna y pútrida de los antiguos, álgida, coleroide, tifódica de los modernos). Representa el máximo de potencia del agente infeccioso, y tiene generalmente como característica anatómica la escara gangrenosa. Independientemente de las deposiciones fétidas con fragmentos gangrenosos de la mucosa, su sintomatología se resume en los profundos trastornos de la calorificación, de la inervación vasomotriz y de la acción del corazón, reproduciendo en su conjunto la fisonomía del cólera álgido (1). Estos síntomas son los síntomas vasoconstrictores de la forma simple y benigna elevados á su más alto grado. Algunas veces ese estado coleroide está reemplazado por manifestaciones opuestas, por elevación de la temperatura, delirio, estupor, supuraciones y hemorragias múltiples. Hemos demostrado en nuestro libro (2) que estos síntomas, que caracterizan la forma flemonosa, tifoidea, ataxo-adinámica, hemorrágica de los autores

(1) Kelsch y Kiener.— *Loc. cit.* pág. 50.
(2) Kelsch y Kiener.—*Loc. cit.* pág. 58.

clásicos, dependen de una infección secundaria, de un agente séptico introducido en la economía por las puertas abiertas del intestino.

3.° *Disentería crónica.* — Sin ser desconocida en nuestras regiones templadas, es propia especialmente de los climas tropicales: presenta aspectos muy variados comenzando por la forma aguda ó presentándose desde luego crónica y evolucionando de un modo continuo ó subagudo ó por sucesivas recaídas, separadas por períodos de tregua durante los cuales el enfermo recobra aparentemente la salud por completo ó la ve simplemente alterada por alternativas de estreñimiento y de diarrea. Las lesiones intestinales del estado crónico, que hemos enumerado anteriormente y que son tan complejas por lo que se refiere á su duración y á sus caracteres anatómicos, explican suficientemente esta evolución á larga fecha y por accesos periódicos.

II

Etiología

De quince años á esta parte, la bacteriología analiza las deposiciones de los disentéricos con el propósito de descubrir en ellas el motor patógeno de la afección; pero los resultados de estas investigaciones distan mucho, en nuestro concepto, de ser satisfactorios. Unos autores han atribuído un papel activo á los microbios habituales del intestino, especialmente al colibacilo, que se hace virulento á favor de causas secundarias, intrínsecas ó extrínsecas, que son origen de la disentería (Chantemesse y Vidal, Ziegler y Klebs, Maggiora, Ogata, Laveran, Loir y Courtet, Arnaud, etc.). Otros achacan la culpa de la enfermedad á ciertos protozoarios, particularmente á los amibos que se han encontrado en el intestino grueso de algunos disentéricos (Lœrsch, Kartulis, Osler, Councilmann y Lafleur, Krüse y Pasquale, Koch, Kovacs, etc.). A los primeros podríamos objetarles que el dominio patogénico del colibacilo es ya suficientemente grande, y que, aun admitiendo que ése fuera realmente el motor patógeno de la disentería, siempre quedaría por explicar por qué unas veces engendra esta afección, otras el cólera nostras y otras finalmente la angiocolitis ó la peritonitis. Indudablemente su virulencia se exalta en la disentería, pero como también aumenta en la diarrea simple de los niños (Lesage y Macaigne) y aun á consecuencia de la administración de un simple purgante (A. Gilbert y S. A. Dominici), cabe preguntar si la disentería obra como este último, siendo, por consiguiente, más bien la causa que el efecto de la función patógena adquirida eventualmente por el microbio. En cuanto

á los partidarios de la teoría amiboidiana, que estuvo algún tiempo en boga gracias á las investigaciones de Kartulis, han sido vivamente combatidos en todas partes, especialmente por Grassi, Cunningham, Schuberg y Gasser, que no encuentran diferencia entre los amibos del intestino normal del hombre y los del intestino disentérico, y los consideran, por ende, como organismos inofensivos. En efecto, estos parásitos existen en individuos perfectamente sanos, y sólo de una manera inconstante se les observa en los disentéricos de los países cálidos. Arnaud no los ha encontrado ni siquiera una vez en los sesenta disentéricos examinados en Túnez (1), ni en muchos abscesos del hígado que ha tenido ocasión de estudiar (2). Por otra parte, la comprobación de su presencia es siempre difícil, lo cual autoriza á que se dude del valor de las observaciones que la mencionan. Además, los experimentos llevados á cabo para demostrar su papel patógeno, son discutibles en sus resultados, porque no está suficientemente demostrado que se haya conseguido aislarlos completamente de los microbios congéneres del intestino. Por último, Celli y Focca han logrado transmitir la disentería á un gato por medio de deyecciones disentéricas, cuyos amibos habían sido previamente destruídos por el calor, hecho que les ha inducido á negar á estos amibos toda importancia patogénica.

En resumen, la bacteriología no ha sido afortunada en el terreno de la disentería, en el cual sólo ha formulado afirmaciones contradictorias ó divergentes. Mas, á pesar de la inseguridad de tales resultados, no ha vacilado en atentar contra el dogma de la unidad y de la causa específica de esta afección. Fundándose en los datos por ella suministrados, Kartulis ha creído poder proclamar la pluralidad de especies de la disentería: según este autor, la endémica la producen los amibos; la epidémica, absolutamente distinta en su esencia de la anterior, es á su vez divisible en su naturaleza, y reconoce como causas distintos agentes infecciosos, según que se desarrolle en las guerras ó en las hambres; y finalmente la esporádica no es más que una infección vulgar engendrada por causas vulgares mecánicas ó químicas (coprostasis, cuerpos extraños, lombrices, etc.) (3).

En nuestro libro sobre las enfermedades de los países cálidos (4) hemos estudiado detenidamente este punto de nosografía, y demostrado que, sean cuales fueren los lugares y las circunstancias en que se desarrolla,

(1) Arnaud. — *Recherches sur l'étiologie de la dysenterie aiguë des pays chauds.* (*Ann. de Pasteur*, 1894, n.° 7.).

(2) Loison y Arnaud. — *Contribut. à l'étude pathog. des abcès tropicaux du foie.* (*Revue de méd.*, 1892).

(3) Kartulis. — *Die Dysenterie*, en *Specielle Pathol. u. Therapie* de Nothnagel, t. V, parte III, § 1 y 2.

(4) Kelsch y Kiener. — *Loc., cit.*, págs. 97 143.

la disentería es siempre en el fondo análoga á sí misma; que las variaciones de aspecto que puede presentar de un clima á otro son secundarias como las que en parecidas condiciones ofrecen las fiebres palúdicas; y finalmente que, á falta de una base microbiana, su unidad y su causa específica se fundan en la clínica, en la anatomía patológica y en la etiología, siendo su base tan sólida como las de la fiebre tifoidea y del carbunclo.

Una enfermedad que se manifiesta en todos tiempos y en todos lugares ha de tener por motor patógeno un germen diseminado por todas partes, en el suelo, en el agua, en el aire y en las cavidades naturales del hombre. La epidemiología ha demostrado, desde hace mucho tiempo, la ubicuidad de la causa disenterígena, y es positivo que las recientes investigaciones bacteriológicas, fijando la atención en el papel del colibacilo, tan abundantemente diseminado en los medios ambientes y en nosotros mismos, han confirmado una vez más las deducciones de la medicina de observación. Pero estas investigaciones demuestran al propio tiempo la impotencia del microbio, puesto que á pesar de estar éste siempre presente, sus efectos son absolutamente eventuales. En este concepto, la disentería es una de las enfermedades infecciosas más sugestivas que se ofrecen á nuestro estudio, porque permite apreciar de una manera palpable el papel capital que en la génesis de tales enfermedades corresponde á las causas secundarias. La simiente morbosa no se basta por sí sola; para convertirse en patógena, necesita el concurso del clima, de la estación, del suelo, de las infracciones de la higiene, de todas las influencias que la medicina de observación había dado á conocer por modo tan maravilloso antes de la era microbiana.

Como estas consideraciones interesan en grado sumo á la profilaxia de la disentería, no están fuera de lugar en el presente capítulo.

III

Terapéutica

A. — RESUMEN HISTÓRICO

La disentería tiene poca tendencia á curarse por las solas fuerzas de la naturaleza: abandonada á sí misma, prolonga su curso, acarrea diferentes complicaciones y degenera, por último, en estado crónico. Pocas enfermedades se adaptan tan difícilmente como ella á la expectación.

Su terapéutica ha sido determinada, en sus grandes líneas, por los

médicos de los dos últimos siglos, y tal como éstos la formularon ha sido consagrada por la experiencia dos veces secular, habiéndose mantenido incólume á pesar de las tentativas que bajo el imperio del doctrinarismo se han hecho para modificarla.

Considerando la disentería como producto de una materia pútrida desarrollada en el intestino ó en él vertida, los Zimmermann, los Pringle, los Stoll han concedido á los evacuantes el puesto preferente en la terapéutica que contra esta afección establecieron. Las doctrinas más recientes que tan grande importancia potogénica han dado á las toxinas, nada han podido variar en la esencia de este método fundado en las antiguas concepciones humorales. Por otra parte, preciso es confesar que las actuales teorías patogénicas nos vuelven, por caminos luminosos, á la verdad, al humorismo de otros tiempos que las escuelas organicistas creían haber relegado como antiguallas á eterno olvido, y esta singular resurrección es muy á propósito para templar el orgullo, por otra parte legítimo, que entre los modernos han excitado los grandes descubrimientos realizados en el transcurso del presente siglo.

De todos modos, nunca será bastante admirado el elevado sentido clínico de los médicos antes citados, la prudencia, el tacto, la delicadeza que caracterizan su terapéutica, cuando se compara lo que fué el tratamiento de la disentería durante el último siglo y lo que llegó á ser durante la primera mitad del actual.

Nuestros predecesores del siglo XVIII, preocupados únicamente de neutralizar y evacuar la materia morbífica, cualquiera que fuese la idea que de su naturaleza tuvieran, hacían de la ipecacuana, de los purgantes suaves y de los calomelanos la base de su medicación, cuyos efectos, por otra parte, favorecían por medio de bebidas diluyentes y por otros medios coadyuvantes en extremo racionales. En estos remedios habían encontrado la manera de corregir las deposiciones, de suprimir los flujos patológicos, de restablecer las secreciones normales y de atenuar las contracciones dolorosas del intestino. Con razón temían la acción narcótica del opio que no empleaban sino en aquellos casos en que los dolores intestinales se hacían excesivos, y siempre asociándolo con algún evacuante. Los astringentes, después tan encomiados, estaban reservados á los flujos crónicos. En cuanto á las emisiones sanguíneas, estaban proscritas ó se practicaban únicamente al iniciarse las formas en las cuales aparecían indicadas por el vigor de la constitución y por el predominio del elemento inflamatorio.

Pero, á principios de este siglo, cayeron en desuso las doctrinas y el método de los antiguos médicos, y la disentería, considerada como el tipo

de la flogosis gastro-intestinal, cayó bajo el yugo exclusivo de la medicación antiflogística; los evacuantes fueron desterrados como remedios incendiarios y las emisiones sanguíneas quedaron erigidas en panacea universal. En lo concerniente á la disentería: «La indicación que los antiguos consideraban accesoria se convierte en principal; las costumbres de prudencia, de moderación, recomendadas sobre todo por Zimmermann, quedan relegadas al olvido; las ideas doctrinales imponen para todos los casos una medicación activa, agresiva, expoliadora cuyas asombrosas fórmulas encontramos en los relatos de los médicos argelinos y de los médicos de la marina hasta mediados del presente siglo. Los pantanos vacíos de sanguijuelas, la desesperación de los médicos, que se encuentran aislados y ven agotada su provisión del precioso anélido, la administración en apurado trance, tales son los testimonios más elocuentes del método de aquella época (1).» ¡Qué distancia entre esa terapéutica y la de la medicina ontológica tan maltratada por Broussais! ¡Qué diferencia entre estos desvaríos sanguinarios y la medicación tan prudente y tan moderada de Pringle y de Zimmermann!

La reacción contra las orgías de la lanceta se produjo hacia 1840 simultáneamente en Francia, merced á las enseñanzas de Bretonneau y de Trousseau, y en las colonias bajo el inteligente impulso de Segond. Este distinguido colega, entonces médico principal de la armada en Cayenne, tuvo ocasión de comprobar, en sus visitas á Demérary, los felices resultados de la terapéutica de los médicos ingleses, que se habían mantenido fieles al antiguo sistema, é ilustrado por ellos, esforzóse en sugerir á sus colegas y á sus compatriotas las enseñanzas que de ello se desprendían. Segond demostró que la flegmasía no era más que uno de los elementos de la disentería, que los trastornos de la secreción intestinal constituían otro no menos importante, que, por consiguiente, la terapéutica no debía limitarse á los antiflogísticos sino que había de comprender todos los medios propios para restablecer las secreciones normales y especialmente para desobstruir el hígado y restablecer el curso de la bilis, y que, en una palabra, los evacuantes, tales como la ipecacuana y los calomelanos, de que tanto uso hacían los ingleses, debían emplearse simultáneamente con las emisiones sanguíneas y tal vez sustituir á éstas.

Esta defensa fué expuesta en un modesto escrito, que ha hecho época en el tratamiento de la disentería (2) y se hizo de ella gran caso. Por otra

(1) Kelsch y Kiener.—*Traité des maladies des pays chauds*, pág. 89.

(2) Segond. — *Documents relatifs à la médication éclectique employée contre la dysenterie*, Paris, 1836.

parte, ya se iniciaba la reacción contra los abusos de la escuela fisiológica y poco á poco fué prevaleciendo de nuevo la medicación antigua, á la cual se habían mantenido fieles Bretonneau y Trousseau.

Después de este examen de conjunto, vamos á estudiar el valor y el modo de acción de cada uno de los medios empleados en el tratamiento de la disentería.

B.—EMISIONES SANGUÍNEAS

El uso y aun el abuso de la *sangría* son muy anteriores á Broussais. Stoll y Pringle la practicaban generalmente al principio de la enfermedad y hasta después de haberla empleado no prescribían los purgantes. Pero estos dos últimos médicos no recurrían á la sangría, como Broussais, para combatir la flogosis, sino para desembarazar la sangre de la materia pecante, siendo curioso observar de paso, que en este concepto tiende actualmente á ser reintegrada en la práctica. Entre los antiguos, únicamente Sydenham reiteraba algunas veces las emisiones sanguíneas, sangrando al enfermo, no sólo al principio de la enfermedad, sino, además, combatiendo por este medio los accidentes consecutivos de la disentería: «Cuando está mal curada,—escribe,—el paciente sufre á veces dolores durante años enteros, y en este caso la sangría repetida opera la curación.»

Difícilmente se explica la boga que alcanzó la sangría en una enfermedad que tan profundamente deprime las fuerzas, y por nuestra parte nos negamos á creer que esas grandes sustracciones sanguíneas puedan ser de alguna utilidad como remedio antiflogístico.

Las emisiones sanguíneas locales en el trayecto del colon, ó mejor en el ano, empleadas hace poco conjuntamente con la sangría, han sobrevivido á ésta; por lo menos aún se recurre á ellas á veces en las formas francamente inflamatorias y en los casos en que los retortijones muy violentos y un tenesmo muy doloroso han resistido al empleo de otros medios.

C. — EMOLIENTES Y CALMANTES EXTERNOS

Han sido recomendados desde los tiempos de Hipócrates y aplicados al abdomen bajo diferentes formas: *cataplasmas*, *fomentos emolientes*, *embrocaciones oleosas* y *opiadas* ó *clorofórmicas*. Favorecen sus efectos los *baños de asiento*, sencillos ó adicionados con *hojas de hierba mora*, de *tabaco*, de *belladona*, de *cabezas de adormidera*. Los baños de asiento, tomados inmediatamente después de las evacuaciones alvinas,

ejercen una acción sedante de las más saludables sobre los ardores, los dolores, la sensación de quemazón y de prurito en el ano y mantienen, por otra parte, la asepsia alrededor de este último.

Los *grandes baños tibios* ofrecen las mismas ventajas; pero por razón de las dificultades que su empleo trae consigo, conviene reservarlos para ciertos enfermos en quienes el dolor suscita agitación y excitación nerviosa difusa: nada calma mejor este eretismo general que la inmersión en un baño á 35°.

D. — REVULSIVOS

Para no provocar este eretismo suprimimos los revulsivos, por lo menos en el curso de las manifestaciones agudas de la enfermedad: ligeras cataplasmas espolvoreadas con *harina de mostaza* y aplicadas sobre el vientre bastan para llenar la indicación de los mismos, pues calman los retortijones y ejercen una influencia saludable sobre la marcha de la enfermedad.

La aplicación de la *tintura de yodo* y de los *vejigatorios* sobre el abdomen, las *fricciones* generales, el *masaje*, los *baños de vapor* y la *hidroterapia* figuran entre los medios más especialmente dirigidos contra la disentería crónica.

E. — EVACUANTES

El método evacuante constituye sin duda alguna la medicación más poderosa y eficaz contra la disentería, y los maravillosos resultados con ella obtenidos en todo tiempo, legitiman la idea que se tenía antiguamente de la disentería y que está actualmente reconocida como perfectamente justa, á saber: la de una afección determinada por substancias nocivas, una materia pecante que obra sobre la superficie del intestino. De esta medicación puede decirse en justicia: «La terapéutica es una de las fuentes de conocimiento nosográfico de una enfermedad cuando el tratamiento, empíricamente establecido, ha recibido la consagración del tiempo y se ha perpetuado á despecho de las tentativas que han podido hacer las doctrinas para modificarlo.» (1)

La medicación evacuante dispone de dos clases de medios: los vomitivos y los purgantes, que sucesivamente examinaremos.

(1) KELSCH y KIENER. — *Traité des maladies des pays chauds*, pág. 87.

1.° Vomitivos

Los médicos del siglo pasado, especialmente Zimmermann y Pringle, hacían generalmente vomitar al principio del tratamiento y sólo después de haber desembarazado de este modo el estómago de sus saburras, comenzaban la medicación purgante. En nuestros días hemos vuelto á este sistema, y fuerza es confesar que conviene perfectamente á la fase inicial de las disenterías agudas, caracterizadas más particularmente por el estado saburral y bilioso de las primeras vías.

La elección del vomitivo no es dudosa: una terapéutica prudente de la disentería ha de prescindir en absoluto del *emético* por su acción irritante y deprimente. Con razón ha sido siempre preferida á ese medicamento la *ipecacuana,* que no tiene estos inconvenientes y cuya acción es de las más saludables.

La ipecacuana es, en efecto, el agente principal, el remedio por decirlo así específico de la disentería; se emplea de dos maneras, á dosis grandes de una vez como vomitivo, y á dosis fraccionadas como hiposteni-zante.

Si se quiere provocar el vómito, se prescribe ese medicamento á la dosis de 2 á 6 gramos divididos en cuatro tomas, que se administrarán de cinco en cinco minutos hasta que el efecto se produzca. Propinada de este modo, la ipecacuana no sólo desembaraza el estómago de sus principios morbíficos, sino que, además, excita la secreción biliar y serosa del intestino, reaviva la tonicidad de éste y modifica favorablemente su circulación.

Es evidente que el uso de un medicamento tan enérgico no podía prolongarse muchos días seguidos á la dosis indicada, y de aquí la idea de emplearlo á dosis fraccionadas; pero aun en esta forma su acción es demasiado irritante, por lo que sólo de una manera muy temporal puede ser utilizada. Sin embargo, reemplazando los polvos al natural por una infusión ó un cocimiento de la substancia, se obtienen preparaciones mucho menos irritantes, mucho más fácilmente toleradas y susceptibles de ser absorbidas y de ejercer esa acción alterante y dinámica que conviene especialmente utilizar en el empleo del medicamento.

La infusión más generalmente empleada es la que se prepara según el método llamado brasileño, que Segond (1) rehabilitó y que, después de él, ha sido tan bien estudiada por Delioux de Savignac y Bérenger-Feraud. Consiste este método en consumir una cantidad de ipecacuana de 3 á 8 gramos según la energía de los efectos que hayan de producirse, en

(1) Segond.—*Loc., cit* , pág. 29.

dos, tres y raras veces cuatro infusiones de 250 á 300 gramos de agua cada una. Se dejan en contacto el polvo y el agua durante diez ó doce horas, pasadas las cuales se decanta suavemente el líquido que sobrenada para echar sobre el residuo una nueva é igual cantidad de agua hirviendo. La misma dosis de ipecacuana sirve de este modo durante tres ó cuatro días. Generalmente la infusión se hace por la noche y la decantación se verifica por la mañana, en el momento de administrar el remedio (1). La primera infusión provoca casi siempre vómitos y aumento de evacuaciones alvinas; la segunda sólo determina náuseas; después de la tercera establécese la tolerancia y las deposiciones son menos numerosas y cambian de carácter. En las disenterías de intensidad media, tres ó cuatro infusiones de 3 á 5 gramos pueden bastar para modificar las evacuaciones alvinas; si así no sucede, se repetirán una ó dos nuevas series de infusiones.

La ventaja de este método brasileño es moderar la acción enérgica de la ipecacuana, graduar sus efectos prolongándola mediante infusiones cada vez más debilitadas, y finalmente, combinar las propiedades eméticas, purgantes y alterantes del remedio. Pero, para que éste sea eficaz, no es preciso que provoque vómitos ni siquiera evacuaciones, pues su propiedad más notable y más preciosa es no tanto multiplicar esas evacuaciones cuanto corregir su naturaleza, gracias á su influencia en cierto modo específica contra los desórdenes funcionales del intestino. En efecto, la ipecacuana así administrada ejerce una acción hipostenizante y reguladora sobre la circulación local, disminuye ó hace cesar el flujo sanguíneo, excita las secreciones normales del intestino, y en último resultado devuelve á los excrementos su carácter bilioso y fecal mucho más de prisa y de un modo más duradero que los purgantes.

Esta transformación de las deposiciones disentéricas en deposiciones diarreicas, que debe ser el objetivo de toda medicación inicial de la disentería, se efectúa á menudo de una manera tan pronta y tan segura, que los purgantes resultan ulteriormente inútiles. Si tarda en producirse, se insiste en el remedio durante cuatro, cinco ó seis días y si éste resulta impotente para modificar la naturaleza de las evacuaciones, se pasa al empleo de los purgantes.

Delioux de Savignac ha sustituído la infusión por el cocimiento, que extrae de la ipecacuana todos sus principios activos y disuelve, además, la fécula amilácea, cuyas propiedades emolientes coadyuvan á moderar la acción irritante de la emetina. A dicho cocimiento le añade un poco de opio y de hidrolato de canela que favorecen la tolerancia de la ipecacuana,

(1) Delioux de Savignac.—*Traité de la dysenterie*, pág. 341.

moderan su acción hipostenizante y coadyuvan á reprimir los excesos de las secreciones intestinales (1).

En resumen, la eficacia de la ipecacuana reside, más que en sus propiedades emeto-purgantes, en su acción hipostenizante: la ipecacuana que mejor modifica la disentería no es la que hace vomitar ó es vomitada, sino la que es absorbida (Delioux de Savignac). Este remedio obra menos como evacuante que como alterante, y bajo este último concepto es muy eficaz. Cierto que tiene sus contratiempos, al igual que todas las medicaciones específicas, como la quinina y el mercurio; pero sus fracasos son tanto menores cuanto mejor se le maneja, y á pesar de todo sigue siendo el remedio que mejores efectos produce las más de las veces en la disentería y que mejor se adapta al mayor número de casos. Algunos la han mirado con prevención por su acción contraestimulante; pero ésta apenas es de temer, y los antiguos médicos, que más bien preconizaban sus efectos tónicos y astringentes, estaban mejor inspirados. ¿Acaso no se demuestra todos los días su eficacia como hemostático y como expectorante en la hemoptisis y en el catarro pulmonar?

2.° Purgantes

Cuando la ipecacuana ha terminado su accción ó cuando ha fracasado lo que más conviene son los purgantes, los cuales completan el tratamiento de la disentería y aun bastan por sí solos para asegurar la curación en las formas ligeras de la enfermedad. Los purgantes, como todas las medicaciones fundamentales, han estado sometidos á las fluctuaciones de la doctrina: justamente apreciados en la terapéutica de la disentería por los grandes médicos de los últimos siglos, fueron sistemáticamente descartados de ella por la escuela fisiológica para ser luego reintegrados poco á poco en la práctica en las colonias por el ejemplo de Segond y Dutroulau y en Francia por la enseñanza de Bretonneau y sus discípulos.

Su modo de acción ha sido interpretado de muy diversas maneras. Trousseau, entre otros, pensaba que residía en la sustitución de una irritación artificial á la flegmasía específica; pero esta hipótesis es poco plausible, pues en tal caso los purgantes drásticos debieran ser más eficaces que los minorativos. De cualquier modo que estos últimos impresionen el intestino, su efecto constante es vencer el estreñimiento, despejar las vísceras, excitar las secreciones serosas, producir una disminución del espasmo doloroso y solicitar los movimientos peristálticos normales del intestino. Contribuyen á transformar el flujo disentérico en diarrea, pero

(1) Delioux de Savignac.—*Loc. cit.*, pág. 345.

si producen algo más que ésta, si provocan realmente una inflamación sustitutiva, son perjudiciales. Por consiguiente, conviene recurrir á los purgantes más suaves, y aun éstos es menester usarlos con prudencia, pues nada sería más peligroso que una superpurgación en una enfermedad en la cual constituyen una amenaza constante los accidentes coleriformes. Por esta razón su empleo no es generalmente provechoso en los comienzos de las formas muy intensas y están contraindicados en las formas graves, álgidas y hemorrágicas.

Nunca se admirará bastante el arte delicado con que los antiguos manejaban estas substancias que, por la inexperiencia ó por la intempestiva osadía de los médicos, podían causar tan funestos efectos, distinguiéndose entre todos ellos Zimmermann por la prudencia y la moderación de su terapéutica. «En una disentería franca, comenzaba por administrar la ipecacuana á dosis vomitiva, y en los días siguientes empleaba los purgantes suaves, tales como la pulpa de tamarindo, el ruibarbo, el crémor tártaro y la sal de Sedlitz disuelta en una gran cantidad de agua. Al quinto día, suspendía el tratamiento para interrogar á la naturaleza acerca de las consecuencias del mismo. Después, algo más adelante, prescribía el ruibarbo en forma de tintura acuosa, por miedo de que la acción tónica de este medicamento al natural despertara nuevamente los dolores. Cuando éstos eran muy violentos, los calmaba con algunas gotas de láudano administradas por la noche y simultáneamente con los purgantes. Las emisiones sanguíneas estaban proscritas en absoluto (1). El tratamiento de Stoll y Pringle, aunque algo más complejo y atrevido, no se apartaba en sus líneas principales del seguido por el médico de Berna.

Los purgantes más comúnmente empleados son: el *sulfato de sosa*, de *magnesia*, de *potasa*, el *crémor tártaro*, las sales neutras (*fosfato* y *tartrato de sosa*, *tartrato de sosa y de potasa* ó *sal de Seignette*), el *sen*, el *ruibarbo*, el *tamarindo*, el *maná*, la *caña fístula*, el *aceite de ricino* y por último los *calomelanos*.

La elección de estos remedios variaba más bien según las preferencias individuales que según indicaciones clínicas precisas. Sydenham juntaba el maná, el tamarindo y el sen; Zimmermann hacía tomar con preferencia el crémor tártaro diluído en una tisana de cebada ó en suero «á fin de lavar y suavizar la acrimonía biliosa (2);» Stoll prefería las sales neutras, y Pringle mezclaba el ruibarbo con los calomelanos. En nuestros días, Dutroulau ha preconizado el maná, teniendo en él tal confianza que casi hacía de este medicamento un específico contra la disentería: admi-

(1) Kelsch y Kiener.—*Loc. cit.*, pág. 87.
(2) Zimmermann.—*Traité de la dysenterie*, págs. 62 63.

nistrábalo á dosis de 30 gramos disueltos en 500 gramos de suero y lo daba á beber en cantidad de medio vaso cada hora durante varios días. Finalmente, Barallier se felicita mucho del empleo, en las disenterías ligeras, de la sal de Seignette, á la dosis de 15 gramos diarios en una poción (1), y Delioux de Savignac dedica iguales elogios al aceite de ricino administrado á la dosis de 10 á 12 gramos en un caldo ó en una emulsión de almendras.

Pero de todos estos remedios los *calomelanos* son indudablemente los que mejor lugar han ocupado en el tratamiento de la disentería: introducidos en éste por los médicos ingleses de las Indias orientales á principios del siglo XVII, desde entonces, y según las épocas y lugares, han sido preconizados acérrimamente por unos y menospreciados sin reserva por otros. No merecen, sin embargo, ni aquel exceso de honores ni este exceso de menosprecio, porque si no poseen la eficacia soberana de la ipecacuana, tienen, no obstante, sus indicaciones y cuentan numerosos éxitos. Basta para hacerles justicia recordar que desempeñaban un papel predominante en la terapéutica de Annesley.

Los calomelanos se toman á dosis grande de una sola vez como purgante ó á dosis mínima en varias veces. Administrados á la dosis de un gramo á $1^{gr},50$ estimulan las secreciones intestinales, especialmente la de la glándula hepática, siendo esta última acción la más enérgica. Como no producen el efecto hipostenizante de la ipecacuana, pueden administrarse varias veces en el curso de la enfermedad.

Administrados á dosis sostenidas, según el método de Law, y durante varios días consecutivos, ejercen una acción más lenta y más duradera, alterante y antiflogística. Por esto Pécholier los ha recomendado en los casos en que está muy pronunciado el estado inflamatorio. Con objeto de conseguir sobre todo este efecto antiflogístico, algunos médicos, especialmente Annesley y muchos de sus compatriotas, han aconsejado que se produzca la saturación del organismo por el mercurio y la salivación, que es la señal de la misma: sabido es que, para lograr este resultado, la cantidad importa poco y que aún se logra más fácilmente con las dosis pequeñas. Pero este sistema no ha prevalecido, porque la experiencia ha demostrado que la salivación era más perjudicial que útil en la disentería, y que los buenos efectos de los calomelanos debían esperarse ante todo de su acción purgante.

A ellos conviene recurrir cuando la ipecacuana primero y los purgantes después han sido impotentes para modificar la cantidad y sobre todo la naturaleza de las deposiciones, y están especialmente indicados siempre

(1) BARALLIER.—*Union méd.*, 13 Junio de 1861.

que se trate de hacer un llamamiento enérgico á la secreción biliar inútilmente solicitada por los demás medios. En estos casos, los calomelanos resultan á veces muy eficaces, modificando rápidamente las evacuaciones y logrando un éxito allí donde la ipecacuana había fracasado. Sin embargo, su uso no debe prolongarse más de dos ó tres días, cuatro como máximo.

Los calomelanos provocan en ocasiones una exacerbación de los cólicos que obliga á suspender su empleo; de aquí que, desde un principio, se les haya asociado con diversas substancias destinadas á facilitar su tolerancia sin perjuicio de sus efectos útiles. Segond tomó de los médicos de la colonia inglesa de Demerary una fórmula, cuyas virtudes antidisentéricas proclamó con entusiasmo y á la cual sus colegas, testigos de los buenos resultados que le daba, pusieron su nombre. He aquí la fórmula:

Ipecacuana.	0 gr. 40
Calomelanos.	0 gr. 20
Extracto acuoso de opio.	0 gr. 05
Jarabe de espino-cerval.	C. s.

M. s. a. Para seis píldoras.

Segond modificaba, según las indicaciones, las proporciones respectivas de esas distintas substancias.

Estas píldoras convienen en las disenterías que han resistido á la ipecacuana y á los calomelanos aislados, pero no merecen figurar en el tratamiento inicial de la enfermedad. Su empleo se justifica especialmente en la disentería crónica, y sobre todo en las recrudescencias agudas de la misma. Se ha exagerado mucho su importancia, pues si bien reunen en el mismo excipiente los tres remedios más eficaces contra la disentería, deben su ruidoso éxito, en nuestro concepto, no tanto á lo que en sí son cuanto á que vinieron á sustituir á las sangrías en las lejanas colonias. Por otra parte, no eran ni mucho menos el arma exclusiva de Segond. Este distinguido colega tiene otros títulos á nuestro aprecio que el de haber tomado de los ingleses esta fórmula; á él corresponde el mérito de haber rehabilitado la medicación brasileña en una época en que se necesitaba tanto valor como convicción para reaccionar contra las doctrinas imperantes, y de haber contribuído, con su iniciativa inteligente y audaz, á la reforma del tratamiento de la disentería colonial, según antes hemos indicado.

F. — MEDIOS NARCÓTICOS. — OPIO

Al igual que los calomelanos, ha tenido el *opio* sus apologistas y sus detractores. Desde luego imponíase á la terapéutica un agente que calma

los cólicos y estriñe el vientre; pero este agente es un arma de dos filos en manos inexpertas. La práctica enseña que es peligroso cortar de golpe el flujo disentérico antes de haberlo modificado, antes de haberlo transformado en diarrea, que es el intermediario indispensable por el cual ha de pasarse para llegar á la curación. Pues bien, el opio es impotente para operar este cambio en los comienzos de la enfermedad, porque aun cuando suprime indudablemente las secreciones patológicas del intestino, lo hace á riesgo de que refluya el movimiento congestivo hacia otros aparatos ó de provocar hacia éstos algún transporte morboso. Hoy no se pronuncia ya la palabra metástasis, pero los hechos clínicos que bajo este nombre se comprendían subsisten, siendo numerosas las observaciones de hepatitis aguda sobrevenidas de repente á consecuencia de una supresión brusca de la disentería (1). La medicación que suprime de una manera brutal las secreciones patológicas del intestino, tan indispensables para las eliminaciones de las substancias nocivas, es una medicación contraria no sólo desde el punto de vista del juego de las metástasis, sino en el concepto de la evacuación de las materias pútridas y de las toxinas. Es preciso guardarse mucho de erigir al opio en remedio predominante de la disentería, y no conviene introducirlo en el tratamiento más que como coadyuvante, concurrentemente con los evacuantes, y después del empleo de éstos, cuando se hace preciso reprimir la vehemencia de los retortijones y de los pujos. Así lo usaba Sydenham, cuyo ejemplo invocan sin razón alguna los partidarios de su empleo exclusivo. El opio no es ni siquiera indispensable para calmar los cólicos, pues las más de las veces bastan para esto los evacuantes. «El mejor modo de hacer cesar los dolores, escribe Zimmermann, es hacer salir la materia acrimoniosa... Muy raras veces he empleado remedios anodinos de la clase de los narcóticos, y cuando los empleé, no lo hice nunca sin la atención más escrupulosa y la mayor prudencia (2).»

En resumen, la verdadera ventaja del opio está en favorecer la tolerancia y la acción dinámica de los medicamentos y sólo debe emplearse directamente contra la enfermedad cuando las deposiciones son ya diarreicas y se hace preciso espesarlas. Por último, puede ser incorporado en cualquier tiempo y sin inconveniente alguno á los medicamentos externos destinados á calmar los dolores abdominales ó los que incidentalmente se presenten en otros sitios.

Las solanáceas, especialmente la *belladona*, han sido administradas

(1) Bérenger-Féraud. —*Traité de la dysenterie*, pág. 648 — Kelsch y Kiener.—*Loc. cit.*, pág. 262.

(2) Zimmermann.—*Traité de la dysenterie*, pág. 59.

en las mismas condiciones que el opio y calman el dolor sin tener la acción restringente de éste. Delioux de Savignac daba la belladona á la vez como analgésico y como estimulante de la contractilidad intestinal. El *beleño* tiene propiedades análogas, pero menos enérgicas.

En términos generales, las solanáceas figuran sobre todo entre los medios calmantes externos. Ya hemos dicho anteriormente que las infusiones de hoja de belladona, de *datura* y de *tabaco*, añadidas á los baños de asiento, son eficaces contra los retortijones ó contra el tenesmo muy doloroso.

Los medicamentos cuyo modo de acción acabamos de estudiar distan mucho de constituir toda la terapéutica de la disentería. Hay, en efecto, otros muchos que, aunque de valor secundario, son capaces de responder á las indicaciones diversas que en esta enfermedad pueden presentarse. Vamos á enumerarlos sucintamente.

G. — ASTRINGENTES

Los astringentes, el *alumbre*, el *acetato de plomo*, el *percloruro de hierro*, el *tanino*, el *catecú* y la *ratania* prestan excelentes servicios si se usa de ellos juiciosamente: como el opio, son perjudiciales en los comienzos de la enfermedad, pero son muy convenientes en los períodos de transición entre el estado agudo y el estado crónico, y sobre todo en las diarreas demasiado abundantes ó pertinaces.

H. — ABSORBENTES

Lo mismo puede decirse de los obturantes ó absorbentes, tales como el *subnitrato de bismuto*, los polvos calizos (*fosfato de cal*, *creta preparada*, *conchas de ostras*), los ferruginosos insolubles (*subcarbonato de hierro*), los balsámicos (*bálsamo de Tolú* y *del Perú*, *benjuí*), el *bolo de Armenia* (arcilla ferruginosa). Ineficaces y hasta peligrosos al principio de la disentería, su empleo es muy oportuno cuando se trata de poner término á la diarrea que sucede á los flujos patológicos del intestino; su acción es más bien tópica que dinámica. Poco solubles, refractarios en gran parte á la acción de los jugos digestivos, llegan casi intactos al intestino grueso cuyas superficies ulceradas protegen contra la acción irritante de las secreciones patológicas. Además, absorben los gases pútridos, desinfectan las cavidades enfermas, traban y espesan las deyecciones y contribuyen poco á poco á darles consistencia.

I. — TÓNICOS Y ESTIMULANTES

Cuando la enfermedad se prolonga, las fuerzas se deprimen y se debilitan las funciones, conviene recurrir á los tónicos y á los estimulantes: la *quinina* y toda la serie de los amargos, la *raíz de colombo*, la *genciana*, la *cuasia amarga*, la *simaruba*, se emplearán concurrentemente con los demás medios terapéuticos. Las complicaciones introducidas por la septicemia, tales como la fiebre, las hemorragias incoercibles, serán combatidas por medio de los agentes apropiados: *quinina*, *ergotina*, *percloruro de hierro*.

Los astringentes, los tónicos, los obturantes pueden combinarse juntos de mil maneras, según las circunstancias, y prestan buenos servicios especialmente en las formas crónicas en las cuales su empleo, aislado ó combinado, responde á las indicaciones tan numerosas y tan apremiantes nacidas de las diarreas interminables, de la anemia, de la atonía de los órganos, de la persistencia de las lesiones intestinales, del debilitamiento de todas las funciones.

J. — ANTIPARASITARIOS

La bacteriología, que en estos últimos tiempos ha servido de guía á las investigaciones etiológicas, lógicamente debía inspirar también la terapéutica. Kartulis cree que la eficacia de los calomelanos es debida no á su acción evacuante sino á sus propiedades antiparasitarias. Según los trabajos realizados por Councilman y Lafleur, Krüse y Pasquale, Kovacs y otros, los calomelanos pueden matar los amibos y aun las demás bacterias del intestino. Kartulis los administra asociados con la naftalina según la fórmula siguiente:

Calomelanos.	0 gr. 50
Naftalina.	1 gramo
Aceite de bergamota.	III gotas.

M. s. a. — Divídase en diez papelitos, de los cuales se tomará uno cada hora. En los niños, la dosis del medicamento se reducirá según la edad (1).

La *creosota*, el *yodoformo*, el *ácido fénico*, el *ácido salicílico*, han sido probados de diferentes modos contra la disentería, pero sin gran éxito. No sucede, al parecer, lo mismo con la *naftalina* y el *salol*, que administrados en tomas de 25 centigramos de tres á seis veces al día ó á dosis grande y de una sola vez, de 50 centigramos á 1 gramo y me-

(1) KARTULIS. — *Dysenterie*, en *Specielle Pathol. u. Therapie*, de NOTHNAGEL, t. V, parte III, pág. 84.

dio, calma los cólicos y el tenesmo y modifica favorablemente las deposiciones (1). También parece ser eficaz en algunos casos el salol unido al cloroformo en poción (2).

Cuesta trabajo creer que un antiséptico cualquiera administrado por la boca, es decir, siempre á dosis muy pequeñas, pueda ejercer una acción verdaderamente perjudicial sobre la flora bacteriana del intestino grueso; y á decir verdad, la escasa eficacia de la medicación antiparasitaria en la fiebre tifoidea, no es muy á propósito para disipar las dudas que sobre este particular se abrigan. En realidad, es más fácil eliminar los gérmenes morbosos del intestino grueso que matarlos; por esto, mientras no se aduzcan mayores pruebas, tenemos más confianza en los evacuantes que en los antisépticos.

K.— INYECCIONES INTESTINALES

Estaban racionalmente indicadas en una enfermedad cuyas principales manifestaciones aparecen en la mucosa del intestino grueso; de aquí que en pocas afecciones hayan desempeñado un papel tan importante como en ésta. Su empleo tiene por objeto calmar los cólicos y los pujos y modificar las lesiones intestinales.

Antes de las inyecciones de base medicamentosa, debe administrarse siempre una lavativa simple, á fin de mundificar la superficie de la mucosa intestinal y dejar el campo libre á los efectos tópicos y dinámicos del medicamento.

En el estado agudo, convienen especialmente las lavativas emolientes confeccionadas con un *cocimiento de semillas de lino* ó de *raíz de malvavisco*, al que se añaden unas gotas de *láudano* ó de *tintura de opio*. La lavativa *amilo-opiada* obra á la vez como obturante y como emoliente. Las deposiciones fétidas de la forma gangrenosa se modifican favorablemente con las inyecciones de *cocimiento de quina*, ó de *licor de Labarraque* (4 gramos en 250 de liquido).

En estos últimos tiempos, nuestro colega el médico principal Annequin, ha preconizado en las mismas circunstancias las lavativas calientes de *creosota de haya*, según la fórmula siguiente:

Creosota de haya.	1 gramo
Alcoholado de opio.	X gotas
Leche hervida.	20 gramos
Agua hervida.	200 —

M. s. a. Para un enema.

(1) KARTULIS, en *Handb. der Speciel. Therapie inn. Krankh*, de PENZOLDT Y STINTZING, t. I, pág. 373.

(2) KARTULIS.—*Ibid.*

Estas lavativas son á la vez antisépticas, ligeramente hemostáticas y finalmente calmantes. Repetidas dos ó tres veces al día y retenidas por el enfermo el mayor tiempo posible, suelen producir los efectos deseados.

La disentería crónica exige sobre todo las inyecciones astringentes, estípticas y cateréticas. Las substancias más generalmente empleadas son el *tanino*, el *cocimiento de corteza de roble* (50 á 60 gramos por 500 á 1000 gramos de agua), la *ratania*, la *raiz de colombo* y de *simaruba*, el *alumbre*, el *sulfato de zinc*, el *subacetato de plomo*, el *nitrato de plata* (5 á 30 centigramos por 100 á 200 gramos de agua) empleado también en el período agudo, y por último, las lavativas *yodadas* preconizadas por Delioux de Savignac según la fórmula siguiente:

Tintura alcohólica de yodo.	10 á 20 gramos
Yoduro potásico.	0 gr. 50 á 1 gramo
Agua destilada.	200 á 250 gramos

Disuélvase.

Pero la lavativa, este medio tan sencillo y tan indicado, es á veces uno de los más difíciles de aplicar, sea por el dolor que provoca, sea por la dificultad que experimenta el enfermo de conservar los líquidos, que son tan pronto introducidos como rechazados. Esta intolerancia manifiéstase sobre todo en los comienzos de la enfermedad, y entonces es mejor no insistir y esperar, para recurrir á las lavativas, que los medicamentos administrados por la boca hayan calmado el eretismo inicial de la mucosa intestinal.

Las lavativas ordinarias obran solamente sobre el elemento dolor, pues la cantidad de líquido de las mismas es demasiado pequeña para que éste pueda alcanzar toda la extensión de las superficies enfermas y ejercer sobre ella la acción modificadora que se desea. A fin de que los líquidos lleguen hasta muy arriba del intestino grueso y en cantidad suficiente, para que puedan llenar toda la cavidad, algunos médicos, especialmente Kartulis, han aplicado en estos últimos años al tratamiento de la disentería aguda y crónica la *enteroclisis* preconizada por Cantani en el tratamiento del cólera.

La técnica de esta operación es bien conocida. El mejor irrigador es un recipiente de cristal de 2 litros á 2 y medio de capacidad, suspendido á cierta altura encima de la cama del enfermo y provisto en el fondo de una abertura á la cual se adapta un tubo de caucho de 2 metros de largo. El extremo libre de este tubo lleva una cánula de caucho duro que se introduce 8 centímetros, por lo menos, en el recto, estando el enfermo echado sobre el costado y con las rodillas encogidas sobre el vientre. Si se encuentra resistencia, hay que esforzarse en favorecer la penetración,

ya modificando con precaución la dirección hacia la izquierda, ya variando ligeramente la postura del enfermo. La inyección ha de penetrar lentamente y bajo una presión suficiente y constante. Si el enfermo siente dolor, ó si sobreviene algún otro síntoma (vómitos, síncope etc.) durante la inyección, se suspenderá ésta por algunos instantes. El líquido debe retenerse por lo menos durante diez minutos. Al principio de la enfermedad, la operación debe repetirse dos ó tres veces al día; cuando se logra una mejoría, basta una inyección, que se continuará diariamente hasta que las deposiciones hayan recobrado su aspecto normal (1).

La cantidad de líquido inyectado debe ser por lo menos un litro, y servirá de vehículo á las substancias antiparasitarias ó astringentes. El *sublimado* y el *ácido fénico* deben ser rechazados por haber dado lugar á accidentes tóxicos (2). El *yodoformo* (Culberston) y la *naftalina* (Minerbi) son poco á propósito para ser administrados por este procedimiento á causa de su escasa solubilidad. En cuanto al *ácido bórico,* al *salicilato de sosa* y al *alumbre,* la experiencia ha demostrado que son ineficaces. Lœsch atribuye á las inyecciones de *quinina* una acción destructora especial sobre los amibos; pero las observaciones de Councilman y Lafleur, de Kovacs y de Kartulis (3) no han confirmado esta propiedad.

Algunos médicos consideran las inyecciones profundas de *nitrato de plata,* recomendadas ya por Trousseau, como el mejor tratamiento abortivo de la disentería, bastando, según Mackenzie, una sola inyección para cortar el mal desde un principio; pero los fracasos de esta substancia permiten dudar de tales afirmaciones. Kartulis declara que el nitrato de plata á grandes dosis (2 por 1000) es demasiado doloroso para poder ser empleado y que á dosis pequeñas resulta ineficaz. Griesinger prefiere el *colombo* á todos los demás agentes, pero en este punto no ha tenido imitadores.

Según Cantani y Kartulis, el *tanino* se lleva la palma entre todas las demás substancias utilizadas en la enteroclisis, porque á la ventaja de obrar como un verdadero antiséptico une la de no ser tóxico ni irritante. Kartulis elogia sin reservas su eficacia: «Con el tratamiento tánico, la disentería no tarda en ser reducida al silencio; cierto que los amibos no fueron rápidamente destruídos por las soluciones á 0'5 por 100 que empleamos, pero desaparecieron completamente al cabo de tres días de enteroclisis tánica (tres inyecciones al día que hubieron de ser retenidas

(1) KARTULIS. — *Dysenterie,* en *spec. Pathol u. Ther.* de NOTHNAGEL, t. V, p. III, pág. 88.

(2) KARTULIS.--*Loc. cit.,* pág. 88.

(3) KARTULIS, en *Handb. der Speciel. Therapie innerer Krankheiten,* de PENZOLDT y STINZING, t. I., p. 374.

en el intestino diez minutos por lo menos). Sólo un reducido número de casos de formas agudas exigieron un tratamiento más prolongado; pero en estos casos tratábase de manifestaciones muy graves de la enfermedad. Por regla general, las evacuaciones se van haciendo menos frecuentes y rápidamente desaparecen la sangre y el moco. La curación se logra al cabo de poco tiempo... Entre los centenares de casos que hemos tratado con el tanino administrado por la enteroclisis, casi no contamos ninguno en que este tratamiento haya dejado de dar buenos resultados (1).»

El mismo método puede aplicarse, según parece, con igual éxito en la disentería crónica, y es al propio tiempo el único aplicable á los niños.

Fácil es objetar á Kartulis que el tratamiento clásico produce en manos de todo el mundo los mismos buenos resultados que en las suyas ha producido la enteroclisis. También podríamos decir que entre los centenares de casos de disentería aguda que hemos tratado por la ipecacuana y los calomelonos, son muy pocos los que no han cedido á este tratamiento y aun esos pocos se refieren, como los de Kartulis, á formas excepcionalmente graves. Mas como personalmente no hemos experimentado el tratamiento de la enteroclisis en la disentería, nos limitamos á consignar esta sencilla observación, y consideramos como un deber señalar á los médicos el método que tan buenos resultados ha dado al médico de Alejandría.

IV

Resumen del tratamiento según las indicaciones

Hemos examinado los numerosos medios que, cada cual á su modo, pueden concurrir al tratamiento de la disentería: al médico toca escogerlos con discernimiento y aplicarlos según las indicaciones de cada caso particular.

A. — Las disenterías de *mediana gravedad*, las que corresponden á las formas catarral, inflamatoria, biliosa, reumatoide de los antiguos, entran de lleno en el tratamiento clásico, que empezando por la *ipecacuana* continúa y se completa con los purgantes suaves y los obturantes.

Los purgantes auxiliados por algunas dosis de *opio* podrán bastar en los casos leves, debiendo insistirse en su empleo durante algunos días, disminuyendo progresivamente las dosis y administrándolos cada vez más de tarde en tarde.

(1) KARTULIS.—*Dysenterie*, en *Specielle Pathol. u. Therapie*, de NOTHNAGEL, tomo V, parte III, pág. 87 y en *Handb. der Speciellen Therapie innerer Krankheiten*, de PENZOLDT y STINZING., tomo I, pág. 374.

B.—En las *formas graves*, gangrenosa, álgida y coleroide, no hay que pensar en la ipecacuana. A lo sumo algunos ligeros laxantes podrán, sin peligro, favorecer la eliminación de las escaras. El tratamiento que en ellas se impone es ante todo el del cólera: conviene reanimar prontamente la acción cardíaca y la circulación periférica por medio de los tónicos, los cordiales y los estimulantes generales, acudiéndose, con preferencia á toda otra medicación, al *alcohol*, á la *quinina*, al *té*, á la *canela*, á las *inyecciones hipodérmicas de éter*, de *cafeína*, de *esparteína*, á las *fricciones secas* sobre los miembros, á los grandes *sinapismos* aplicados sobre toda la superficie del cuerpo y á los medios de calefacción más enérgicos. Para combatir ó conjurar el colapso, no vacilaríamos en apelar á las *inyecciones de suero*.

C. — El tratamiento de la *disentería crónica* es de los más difíciles: el médico habrá de emplear distintos medios sin apartarse de los principios generales que dirigen la terapéutica de la disentería aguda. El doble objetivo que debe perseguirse es la supresión de la diarrea crónica y la resolución de las lesiones antiguas que la mantienen.

Para combatir las diarreas interminables que extenúan á los enfermos, emplearán el *subnitrato* ó el *salicilato de bismuto*, los astringentes *(ratania, tanino, catecú, colombo, genciana, quinina*, etc.) y los antisépticos *(naftol, salol, naftalina, benzonaftol* etc.).

Por otra parte, se atacarán directamente por la extremidad anal las lesiones persistentes del intestino grueso por medio de inyecciones locales. Las lavativas cateréticas *(nitrato de plata, yodo, sulfato de cobre)*, astringentes *(acetato de plomo, ratania, catecú)*, ó desinfectantes *(ácido fénico, hipoclorito sódico)* ó simplemente emolientes, darán excelentes resultados. Según Kartulis, la enteroclisis es tan eficaz en estos casos como en la forma aguda. El estreñimiento que se presenta de cuando en cuando se combatirá por medio de algún evacuante ligero, de las *píldoras de Segond* y sobre todo por medio del *masaje* suave de la pared abdominal. Casi es inútil decir que, en las recrudescencias agudas, los medios que han de emplearse no difieren de los que hemos indicado para la fase inicial de la enfermedad.

Finalmente, uno de los factores más importantes en el tratamiento de la disentería es la alimentación, respecto de la cual debe procurarse, no tanto que sea substancial cuanto que sea inofensiva. Los alimentos líquidos de digestión fácil que no dejen residuo fecal, como sopas, huevos, pescados, aves, deberán ser preferidos á las carnes fuertes. Si la intolerancia del tubo digestivo es grande, la alimentación láctea podrá prestar muy buenos servicios.

Cuando, á pesar del empleo de estos medios, las funciones digestivas no se reavivan, cuando persiste la anemia, la nutrición decae cada vez más y las fuerzas se agotan, se impone el cambio de clima, pero no sin antes extinguir toda manifestación aguda.

Las aguas minerales tienen raras veces aplicación en la disentería: la de *Vichy* ha sido prescrita en algunos casos de disentería crónica, siendo conveniente su empleo sobre todo en las diarreas rebeldes, complicadas con anemia, con hipertrofia esplénica ó hepática consecutivas á las fiebres palúdicas.

V

Tratamiento de las complicaciones

El tratamiento de las complicaciones de la disentería (peritonitis, flebitis, artropatías etc.) es puramente sintomático, no siendo necesario indicarlo de un modo especial. Esto no obstante, nos parece oportuno detenernos algo en el tratamiento de la *hepatitis supurada*. En realidad, ésta no constituye una complicación: en nuestros escritos sobre esta materia (1) creemos haber demostrado que es una manifestación hepática de la misma disentería, siendo con relación á ella lo que la orquitis es á la parotíditis en la fiebre de las paperas; en una palabra, que los dos procesos están unidos, no por el lazo patogénico, sino por el de la causa, que es idéntica en ambas. Algunos bacteriólogos, que han encontrado los microbios ordinarios de la supuración en los abscesos disentéricos del hígado, han considerado estos últimos como una lesión vulgar sin caracteres de causa específica; mas no participamos de esta opinión, porque en nuestro ánimo las sugestiones de la clínica pueden más que la de la bacteriología. En efecto, la clínica nos enseña que ninguna afección ulcerosa del intestino se asocia tan frecuentemente como la disentería con la supuración del hígado; pone en evidencia las relaciones recíprocas que enlazan las dos lesiones durante todo su curso, y demuestra su orden de sucesión variable, su comienzo con frecuencia simultáneo, sus alternativas, los retrocesos de la una ante la otra, y finalmente, la agravación recíproca: en una palabra, las dos determinaciones morbosas se nos presentan, en el lecho del enfermo, tan estrechamente unidas que son, en cierto modo, inseparables, y si la hepatitis disentérica carece de la causa específica bacteriológica, puede con razón invocar en su favor la causa específica clínica.

(1) Kelsch y Kiener.—*Maladies des pays chauds*, pág. 272-295, y *De la nature de l'hepatite suppurée des pays chauds*, en el *Arch. gén. de méd.* 1.° de Septiembre de 1888.

Ahora bien, y este es el punto adonde queríamos llegar, el tratamiento médico de la hepatitis se confunde con el de la misma disentería, siendo su base los evacuantes, los purgantes suaves y los calomelanos solos ó asociados con el opio. Esta terapéutica está consagrada por un siglo de experiencia y justifica nuestra concepción de la identidad de naturaleza de los procesos hepático é intestinal.

Sin embargo, la demostración de esto no será completa hasta que conozcamos el microbio patógeno de la disentería: la presencia comprobada de este microbio en las úlceras intestinales y en el absceso hepático sería la mejor prueba de su comunidad de origen; pero esta noción falta todavía á la hora presente. El estudio bacteriológico de los abscesos disentéricos del hígado ha dado hasta ahora resultados contradictorios, pues unas veces el pus contenía diversos microbios y otras se presentaba estéril. Esto último no quiere decir que el absceso se haya desarrollado sin intervención de los parásitos, debiéndose deducir de ello ó que han desaparecido los gérmenes provocadores del absceso, ó que son de tal naturaleza que escapan á los medios de investigación de que actualmente disponemos. Hay algunos hechos al parecer favorables á esta última suposición: Netter ha descrito dos observaciones de absceso hepático con pus estéril, que se han reproducido uno en el mismo sitio y otro á distancia, ambos con pus sin microbios, recidiva que no se concibe sin la intervención de un agente piógeno. Aunque en los dos casos el pus pareciera libre de microbios, no por esto dejaba de contener la causa viviente de la supuración. Por esto es preciso ser muy reservado en la interpretación de los abscesos cuyo pus contenía los agentes flogógenos vulgares, pues no cabe afirmar que han sido la única causa originaria, que no se han juntado con otros gérmenes inaccesibles á los actuales medios de análisis, desde el momento en que vemos un absceso sin microbios que produce en la clínica los mismos efectos que si contuviera gérmenes vivos (Arnaud).

VI

Régimen

En pocas afecciones desempeña el régimen un papel tan importante como en la disentería. Bien dirigido, basta por sí solo para curar las formas leves de la enfermedad y contribuye poderosamente á disminuir la gravedad, la tenacidad y la duración de las demás formas. En cambio, las faltas que en punto á dietética se cometen, hacen fracasar la medicación más racional.

Gran error fué creer que los disentéricos debían ser sometidos á una dieta absoluta, pues ésta sólo conviene momentáneamente en los casos que se caracterizan por inapetencia y vómitos. La alimentación se impone por la doble necesidad de sostener las fuerzas, sobre todo cuando el mal se prolonga, y de responder al sentimiento tan imperioso del hambre, que se manifiesta en la mayoría de los enfermos. Mas nada tan delicado como la dirección del régimen del disentérico. En tesis general, no conviene darle sino alimentos susceptibles de ser digeridos por las primeras vías, es decir, substancias albuminoideas, tales como las carnes musculares sin grasa, el pescado, los huevos y las pastas ricas en gluten.

Mientras dura el período agudo, es de rigor la alimentación líquida, cuya base son el caldo desengrasado, el té de buey recomendado por los médicos de las colonias y la leche. Unas veces parece más conveniente el caldo, otras la leche, pero uno y otra pueden darse simultáneamente. Cuando el enfermo tolera bien la leche, ésta debe ser preferida á todas las demás bebidas alimenticias: bajo su influencia, las deposiciones disminuyen, cambian de carácter y adquieren consistencia (Bérenger-Feraud). La leche debe tomarse hervida y tibia en cantidad de 2 á 3 litros diarios, cantidad que se logra hacerla tomar si se tiene la precaución de administrarla á la dosis de 30 á 50 gramos cada diez minutos. Puede corregirse la repugnancia que á veces inspira y facilitarse su digestión añadiéndole un poco de agua de cal (una ó dos cucharadas por vaso), de agua de Vichy, de café, de té ó simplemente de sal común.

Durante este período, las bebidas serán esencialmente emolientes: *cocimientos de cebada,* de *arroz, cocimiento blanco de Sydenham, agua de Vichy, té, agua albuminosa.* Únicamente se recurrirá al vino y á los alcohólicos en las formas malignas, caracterizadas por la postración de fuerzas y la tendencia al colapso.

Una vez calmada la agudeza de los primeros síntomas, podrán hacerse con el caldo ó la leche sopas, á las cuales se añadirán, si son bien toleradas, los huevos, que constituyen un alimento precioso para el disentérico, y que se tomarán crudos ó pasados por agua en número de dos á seis al día.

La alimentación, que ya es indispensable en el tratamiento de la disentería aguda, constituye una necesidad imperiosa en los enfermos que se encaminan hacia el estado crónico ó que se encuentran ya en él. También en éstos el régimen lácteo, exclusivo ó atenuado, puede prestar grandes servicios, especialmente en las recrudescencias agudas; pero el agotamiento de fuerzas, la desnutrición y sobre todo el hambre cruel que atormenta á los enfermos obligan á recurrir á los alimentos sólidos, los

cuales deberán escogerse entre los albuminoideos: los huevos, los pescados, las ostras, las carnes blancas, son los alimentos que mejor se toleran. Cuando se inicie la convalecencia se introducirán progresivamente en las comidas las carnes negras. En todos los momentos del período crónico podrá ensayarse el empleo del jugo de carne y sobre todo el uso de la carne cruda, que Trousseau consideraba como un poderoso reconstituyente en la disentería crónica.

VII

Cuidados higiénicos

El aislamiento de los enfermos no es indispensable: los procedimientos rigurosos de la antisepsia médica bastan para suprimir, ó por lo menos restringir las probabilidades del contagio. Los pacientes serán tratados en salas suficientemente espaciosas, bien ventiladas y muy limpias; la renovación de las ropas, así del cuerpo como de la cama, se verificará con toda la frecuencia necesaria, siendo aquéllas sometidas á una desinfección, y las deyecciones se tratarán por el cloruro de cal, la cal, el ácido fénico, el sulfato de hierro, el cresil ó por cualquier otro neutralizante de reconocida eficacia, y para mayor seguridad, se las enterrará en el suelo á cierta profundidad.

La desinfección se impone para todos los objetos que hayan podido ser manchados por las deposiciones: sobre todo los orinales y demás utensilios usados por los enfermos serán lavados á menudo con agua hirviendo, y se procurará que nadie más que aquéllos los use. Las diarreas, tan comunes en tiempo de epidemia, han de ser combatidas con cuidado, porque si no son la misma disentería atenuada en su expresión, constituyen ciertamente, con relación á ésta, la inminencia morbosa. La disentería puede evitarse mediante un régimen sencillo y bien escogido, la regularización de las funciones del vientre, el uso de prendas de vestir á propósito y especialmente del cinturón de franela, considerado por los médicos militares como un precioso medio de defensa contra la enfermedad.

La higiene profiláctica de la disentería no difiere de la del cólera y de la fiebre tifoidea: en presencia de cualquier epidemia naciente ó en curso, conviene asegurarse de la pureza del agua que haya de beberse (agua filtrada ó hervida), suprimir las manchas de la superficie del suelo y de las habitaciones y desinfectar las letrinas, las charcas y todas las aguas estancadas que radiquen dentro de la jurisdicción del foco epidémico.

CAPÍTULO XXXIII

TRATAMIENTO DEL ESTREÑIMIENTO

POR

JULIO COMBY

Médico del hospital de Enfants-Malades

TRADUCCIÓN DEL DR. D. JOSÉ GÓNGORA

I

Definición

Cuando las evacuaciones alvinas son raras, poco abundantes y duras, se dice que hay *estreñimiento*. El estreñimiento es lo contrario de la diarrea.

Por lo que toca á la abundancia y á la consistencia de las materias fecales, preséntanse grandes variaciones, según las edades y las idiosincrasias: la escasez de las evacuaciones puede bastar para la definición del estreñimiento. Un adulto, un niño crecido deben evacuar espontáneamente una vez al día; si la evacuación espontánea no se verifica más que cada dos ó tres días, puede afirmarse que padecen de estreñimiento. Un recién nacido, un niño de teta, tendrá en las condiciones normales dos ó tres evacuaciones; si sólo tiene una, está estreñido.

Hay en el estreñimiento multitud de grados, marcados especialmente por la duración de los intervalos que separan las deposiciones; cuanto mayores son éstos tanto más acentuada es la enfermedad. Existen mujeres que, sin sentir gran malestar, se pasan cinco, seis, ocho y hasta diez días sin ir al excusado: generalmente son nerviosas, cuya atonía intestinal llega hasta la parálisis.

II

Etiología

Para estudiar con provecho el tratamiento del estreñimiento, es preciso conocer previamente á fondo la etiología de este trastorno funcional del aparato digestivo, porque la terapéutica habrá de ser muy distinta según las causas á que el mismo obedezca.

Estas causas pueden dividirse en dos grupos, el de las causas de orden higiénico y el de las de orden patológico.

A.—CAUSAS DE ORDEN HIGIÉNICO

El estreñimiento es á menudo consecuencia, en el adulto y en el niño, de malas costumbres higiénicas: una alimentación demasiado animalizada ó azoada, el abuso de carnes rojas, chorreando sangre, la privación de vegetales verdes y de fruta producen muy rápidamente el estreñimiento. En efecto, el régimen de carne deja pocos residuos en el intestino y la masa fecal, reducida á su mínimo, se seca, se endurece, no provoca suficientemente las contracciones intestinales, no dejándose sentir, por consiguiente, la necesidad de la defecación. Por el contrario, el uso de los alimentos vegetales, herbáceos, de la fruta cocida ó cruda, del pan moreno ó negro, deja en el tubo digestivo un gran número de residuos celulósicos, de restos que obran á modo de verdaderos cuerpos extraños y provocan á la vez las secreciones de la mucosa intestinal y la contracción de su túnica muscular.

En el niño de pecho, una leche insuficiente en cantidad (nodriza con escasa leche) ó sobradamente caseosa (leche de vaca) producirá á menudo el estreñimiento. A veces el estreñimiento del niño de pecho proviene del de la nodriza, la cual, á pretexto de fortalecerse, abusa del régimen azoado, del vino, de los tónicos, etc. En el niño destetado, el estreñimiento reconoce con frecuencia por causa el abuso de los líquidos.

El régimen lácteo, cuando se prolonga, ocasiona un estreñimiento pertinaz, aun en aquellas personas en quienes producía al principio un efecto laxante. En los niños, el abuso del azúcar, de los bombones, de la pastelería es con frecuencia causa de estreñimiento. Hemos visto un gran número de niños que en el momento del destete presentaban un estreñimiento tenaz debido al uso de los feculentos azucarados (harina lacteada, racahout, etc.), tan generalizados en la alimentación de tales criaturas.

En todas las edades, una vida demasiado sedentaria, la falta de ejercicio al aire libre, la claustración, el reposo prolongado, la permanencia en la cama por enfermedad, los viajes en coche, á caballo y en ferrocarril y el exceso de calor favorecen el estreñimiento, lo propio que un trabajo cerebral exagerado, la fatiga intelectual, las preocupaciones por negocios, las penas, etc.

El estreñimiento puede ser también resultado de la violencia que uno se imponga, de la repugnancia ó pereza que se tenga de satisfacer la necesidad de la defecación. Las mujeres sobre todo y los niños tienen demasiado á menudo la costumbre de resistir á las primeras ganas, de retrasar indefinidamente el momento de la excreción, y absteniéndose de esta suerte sin razón alguna, favorecen la dilatación, la paresia de su intestino, al mismo tiempo que el endurecimiento y la desecación de la masa fecal. Más adelante no podrán ir espontáneamente al excusado y poco á poco caerán primero en el uso y después en el abuso de las lavativas tibias ó calientes que, á su vez, aumentarán la ectasia y la atonía del intestino grueso, convirtiéndose entonces el estreñimiento en crónico y rebelde.

La atonía intestinal de este modo mantenida y provocada por una mala higiene es curable cuando no ha podido ser prevenida. Pero hay una atonía de evolución, en cierto modo fisiológica, que se observa en los viejos, y es resultado únicamente de la edad y de la debilidad muscular que ésta trae consigo. La contractilidad del intestino se debilita como la de la vejiga, todos los depósitos se vacían mal, de una manera incompleta y el médico debe tener en cuenta la senilidad como factor etiológico.

B. — CAUSAS DE ORDEN PATOLÓGICO

Las causas patológicas son generales ó locales, orgánicas ó humorales, etc.

Ante todo, es preciso saber que existe un estreñimiento *hereditario* ó *diatésico* que se observa especialmente en ciertas familias artríticas. El estreñimiento, en algunas familias, pasa de padre á hijo sin que pueda explicarse por una lesión orgánica del aparato digestivo, ni siquiera por una costumbre higiénica defectuosa. El estreñimiento caracteriza el temperamento de tales familias, en cuyos ascendientes se encuentran á menudo la gota, la diabetes, la obesidad, la jaqueca ú otras manifestaciones de la diatesis neuro-artrítica.

El estreñimiento es muy frecuente en las personas nerviosas de ambos sexos y de todas las edades; en los histéricos, epilépticos y locos

presenta á veces una duración insólita y una tenacidad extremada, y es habitual en las cloróticas, en los anémicos, en los convalecientes de enfermedades graves y en los neurasténicos.

En algunos niños el estreñimiento puede ser debido á una mala conformación, á un vicio de desarrollo del intestino: al decir esto no me refiero solamente á la imperforación anal, ni á la estrechez del recto, sino que también á la longitud excesiva del intestino grueso, á las flexuosidades anormales de la S ilíaca (Jacobi, Huber) y á la dilatación congénita del colon (Hirschsprung, Mya). Algunos de estos niños están estreñidos desde que nacen y no evacúan su meconio ó lo evacúan con trabajo, tardíamente y de una manera incompleta; después, el estreñimiento persiste, su vientre se hincha, tienen vómitos, y es preciso exonerarlos mecánicamente, etc.

Entre las causas generales capaces de provocar el estreñimiento, debemos citar las fiebres, las enfermedades cerebro-espinales, la meningitis, las lesiones del cerebro y de la médula y todas las enfermedades que por su acción sobre el sistema nervioso paralizan el intestino, detienen sus secreciones, lo propio que las de las glándulas anexas (hígado, etc.), secan las materias y dificultan la alimentación, la digestión y la asimilación.

Las *intoxicaciones* por el opio y por el plomo se traducen en un estreñimiento pertinaz y lo mismo sucede con el abuso de los purgantes, los cuales, después de un período de hipersecreción intestinal, parecen secar la mucosa ó agotar la contractilidad de las paredes.

Entre las *enfermedades del aparato digestivo y de sus anexos*, es preciso citar la disentería, la apendicitis, la dispepsia atónica (dilatación del estómago), las hemorroides, las grietas anales, los pólipos del recto, la invaginación intestinal, el cáncer, las estrecheces sifilíticas ú otras del intestino, el cáncer del píloro.

A estas causas parietales hay que añadir los *cuerpos extraños del intestino:* lombrices, cálculos biliares, enterolitos y arenillas intestinales, enteritis muco-membranosa, etc. Finalmente, todas las lesiones de los órganos abdominales, todos los tumores de la pelvis, los cuerpos fibrosos del útero, el embarazo, los quistes del ovario, la hipertrofia de la próstata, los cálculos vesicales, etc., pueden ocasionar el estreñimiento y hasta la obstrucción intestinal por el mecanismo de la compresión.

De todas estas causas, unas obran anestesiando la mucosa y suprimiendo la necesidad de la defecación, otras paralizando la musculatura del intestino, otras haciendo contraer espasmódicamente los esfínteres, otras endureciendo y acumulando las materias, y otras finalmente oponiendo al curso de éstas un obstáculo más ó menos invencible.

III

Tratamiento

El tratamiento debe inspirarse ante todo en las causas que acabamos de enumerar y que es preciso investigar con gran cuidado; pero en lo que se refiere á la elección de los medios que deban emplearse, es preciso tener en cuenta la edad de los individuos. Estudiaremos el tratamiento del estreñimiento en los niños de teta, en la segunda infancia y en los adultos.

A. — TRATAMIENTO DEL ESTREÑIMIENTO EN LOS NIÑOS DE TETA

Cuando se trate de niños de la primera edad, antes de recurrir á los laxantes y á los purgantes se emplearán los medios higiénicos y mecánicos que, á menudo, son por sí solos suficientes. En el caso de un recién nacido que no ha echado el meconio ó que después de haberlo echado permanece dos ó tres días sin evacuar, no hay que precipitarse en darle jarabe de achicoria ó aceite de ricino, como con demasiada frecuencia se hace: tómese, por el contrario, una *sonda blanda* (sonda de Nélaton) untada con *vaselina* ó *glicerina* é introdúzcasela en el recto; el contacto de este cuerpo extraño determinará muchas veces la contracción del intestino y la expulsión de las materias fecales. Si este procedimiento da buen resultado, podrá repetirse sin inconveniente todos los días si es preciso.

A falta de sonda se emplearán *supositorios de manteca de cacao* que obran por virtud de igual mecanismo, y si la manteca de cacao pura resulta ineficaz, se le añadirá *glicerina* (supositorios huecos que contienen de 50 centigramos á 1 gramo de glicerina, *glicericonos).*

Al mismo tiempo se modificará el régimen alimenticio del niño: tetadas regulares, poco frecuentes (siete ú ocho cada veinticuatro horas), régimen conveniente de la nodriza, etc. Si el niño se cría con biberón, se empleará la leche esterilizada pura ó aguada, la leche de burra ó la leche maternizada.

Si se administran *lavativas,* éstas serán muy pequeñas (40 á 50 gramos en una pera de caucho ó en una jeringa pequeña). Estas lavativas, preparadas con *agua hervida, cocimiento de malvavisco* ó de *granos de lino,* se adicionarán con *glicerina, miel de mercurial, sen, sulfato de sosa:*

Agua hervida.. . . . . 50 gramos
Miel de mercurial. . . . . 10 —

Para un enema.

Cocimiento de cebada.. . . . . 50 gramos
Glicerina. . . . . 5 —

Para un enema.

Agua de malvavisco. . . . . 50 gramos
Sulfato de sosa. . . . . 5 —

Para un enema.

Agua hervida. . . . . 50 gramos
Folículos de sen.. . . . . 4 —

Para un enema.

Cuélese y dése tibia.

Pero las lavativas tienen todas el inconveniente de volver perezoso el intestino, de hincharlo y paralizarlo; por esto preferimos los supositorios de glicerina empleados desde hace algunos años. En las farmacias se encuentran *supositorios huecos* de manteca de cacao que contienen de 50 centigramos á 1 gramo de glicerina, según la edad (recién nacidos y niños de teta), *óvulos* de glicerina solidificada, *balas rectales* también de glicerina solidificada.

Los supositorios de manteca de cacao se introducen fácilmente en el recto á causa de su untuosidad. Los óvulos ó balas de glicerina solidificada, más duros y de un empleo menos sencillo, habrán de ser untados en aceite ó acercados á la llama de una bujía para que se introduzcan con facilidad. Al cabo de algunos minutos la fusión del supositorio á consecuencia del calor rectal deja en libertad la glicerina y provoca contracciones intestinales. Si el efecto tarda en producirse, puede aplicarse un segundo supositorio.

Los supositorios dan buenos resultados al principio, pero luego son insuficientes: entonces podrán ser reemplazados por lavativas de *glicerina pura* administradas por medio de una jeringa uretral con el extremo de gutapercha, introduciéndose cada vez en el recto 4 ó 5 gramos de glicerina, ó más sencillamente una cucharada de las de café.

Cuando se den *purgantes* por la boca, habrán de ser suaves, poco irritantes. Los más usados son: el *jarabe de achicoria*, el de *flores de melocotonero*, el *aceite de almendras dulces*, que se prescriben á cucharaditas pequeñas, los *calomelanos*, la *magnesia*, el *maná*.

Los calomelanos se darán en una sola toma, en una cucharadita de leche ó de agua azucarada, ó bien en tres ó cuatro veces (dosis fraccionadas) al día. Podrá prescribirse:

Calomelanos al vapor. . . . . 0 gr. 05
Azúcar de leche. . . . . 0 gr. 50
Para un papelillo que se tomará por la mañana en ayunas en una cucharadita de leche.

Calomelanos al vapor. . . . . 0 gr. 005
Azúcar de leche. . . . . 0 gr. 25
Para un papelillo: se tomarán cuatro ó cinco iguales durante el día.

La magnesia se administrará en igual forma asociada con el azúcar en polvo ó granulada:

Magnesia calcinada. . . . . 0 gr. 25
Azúcar en polvo. . . . . 1 gramo
Para un papelillo: se tomarán tres ó cuatro al día en una cucharadita de leche.

El maná se dará del modo siguiente en leche tibia:

Maná en lágrimas. . . . . 15 gramos
Leche tibia. . . . . 150 —

También se puede prescribir en poción, asociándolo con la magnesia, con la miel y con el sen. Monti prefiere el *manito:*

Manito cristalizado. . . . . 5 gramos
Agua destilada. . . . . 100 —
Una cucharadita cada hora hasta que produzca efecto.
Disuélvase.

B. — TRATAMIENTO DEL ESTREÑIMIENTO DESPUÉS DEL DESTETE (SEGUNDA INFANCIA)

En este período de la infancia pueden emplearse remedios más activos, sin olvidar la dieta y los medios higiénicos acerca de los cuales hemos ya llamado la atención.

El niño estreñido habrá de ser sobre todo vegetariano (pan, pan de Graham, legumbres secas y verdes, huevos, pescado, etc.). Las carnes asadas, las carnes rojas, la caza, serán eliminadas de la alimentación, prefiriéndose á ellas las carnes blancas. Se insistirá en las legumbres herbáceas (espinacas, acederas, achicoria cocida).

Se le darán frutas crudas, bien maduras, sin exceso y cocidas á discreción (ciruelas, mermelada de manzanas, compotas). Los dulces quedan prohibidos (bombones, fruta seca, confituras, hojaldres, pastas diversas). Los líquidos se darán tasados: un vaso de agua, sola ó con un poco de vino, de leche, de cerveza floja en cada comida. Nada de vino puro, de té, de café ni de licores.

Regularidad en las horas de comer; se obligará á los niños á comer despacio, á mascar con cuidado, á no tragar glotonamente manjares divi-

didos de una manera incompleta. En caso de no poderse obtener una masticación suficiente se reducirán los manjares á puré.

Se recomendarán los paseos, los ejercicios, los juegos al aire libre y se evitarán los efectos de la sedentariedad, de la fatiga cerebral, de la claustración, de las velas prolongadas, de la permanencia demasiado tiempo en la cama.

Los niños necesitan aire, sol, movimiento.

A esta higiene, que nada tiene de rigurosa y cuya aplicación no ofrece dificultad alguna, se unirá una vigilancia discreta é incesante destinada á combatir la pereza de ciertos niños: se averiguará si han hecho de cuerpo y se les recordará que deben probar de satisfacer esta necesidad natural á intervalos regulares y bastante inmediatos, una vez al día por término medio.

Se les acostumbrará á hacer su deposición todos los días á la misma hora; en una palabra, se les educará higiénicamente el intestino. Mas esto no siempre es suficiente, siendo necesario á veces provocar las evacuaciones por medios artificiales.

Ya hemos señalado los inconvenientes de las lavativas que por su volumen dilatan el intestino y aumentan la atonía de éste; de aquí que no convenga recurrir á ellas con frecuencia.

Unicamente se prescribirán en los casos rebeldes preparándolas con agua hervida adicionada con *miel de mercurial, glicerina, sen, sulfato sódico*. Para un niño de 5 á 10 años las fórmulas serán:

Agua hervida.	200 á 300 gramos
Sulfato sódico.	5 á 10 —

Para un enema.

Agua hervida.	200 gramos
Miel de mercurial.	40 —

Para un enema.

Agua hervida.	200 gramos
Glicerina.	15 —

Para un enema.

Agua hervida.	200 gramos
Folículos de sen.	5 —
Sulfato sódico.	10 —

Para un enema.

En vez de estas grandes lavativas son preferibles las lavativas pequeñas de *glicerina* pura (4 á 5 gramos) ó los supositorios de que ya hemos hablado. Como los supositorios huecos de glicerina no siempre son bastante activos, podrá reforzarse su acción añadiéndoles *áloes*:

Manteca de cacao.	C. s.
Glicerina.	0 gr. 50 á 1 gramo
Aloes.	0 gr. 10
Extracto de belladona.	0 gr. 01

Para un supositorio hueco.

Los purgantes más comúnmente usados son: los salinos ó hidragogos, los oleosos, los resinosos (drásticos), los calomelanos etc.

Los *sulfatos de sosa* y de *magnesia* y sus similares, están indicados en los casos de sequedad de las materias fecales, porque obran provocando una secreción abundante del intestino, pero van seguidos de una *reacción de estreñimiento*. Para disimular el sabor desagradable de estas substancias se añadirá á ellas un jarabe á gusto del niño.

Sulfato sódico.	10 gramos
Jarabe de grosella.	30 —
Agua destilada.	100 —

M. s. a.

Tartrato sódico.	10 gramos
Jarabe de limón.	30 —
Agua.	100 —

M. s. a.

Citrato de magnesia.	10 gramos
Jarabe de frambuesa.	30 —
Agua.	100 —

M. s. a.

Para tomar en una sola vez por la mañana en ayunas.

Estas fórmulas pueden reemplazarse con las diversas aguas purgantes generalmente usadas *(Montmirail, Sedlitz, Pullna, Birmenstorf, Hunyadi-Janos, Apenta, Carabaña, Rubinat,* etc.), cuya base es en todas el sulfato de sosa ó el sulfato de magnesia. Para que los niños las tomen, será preciso dulcificarlas por medio de algún jarabe.

El *aceite de ricino,* á pesar de su sabor nauseoso, se usa mucho, ya puro, ya emulsionado con leche, café, etc. Nosotros lo prescribimos á la dosis de un gramo para cada año de edad (5 gramos á cinco años, 10 á diez, 15 á quince).

Aceite de ricino.	10 gramos
Yema de huevo.	una
Azúcar.	20 gramos
Infusión de café.	60 —

Hágase una emulsión y dése en una sola vez.

Aceite de ricino.	aa. .	15 gramos
Jarabe de goma.		

M. s. a.

El zumo de limón y el de naranja facilitan también la ingestión del aceite de ricino.

La *magnesia calcinada* es un buen purgante, que se dará á la dosis de 4 á 5 gramos en un poco de agua azucarada. Cuando se quieran conseguir efectos laxantes repetidos y prolongados, será conveniente fraccionar las dosis y prescribir, al par que un régimen apropiado, los papelillos siguientes:

Bicarbonato sódico.	aa. .	0 gr. 25
Magnesia calcinada.		
Ruibarbo.		
Polvos de nuez vómica.		0 gr. 01 á 0 gr. 02

Para un papelillo, n.º 20: se tomará uno antes de cada comida.

Entre los purgantes resinosos, los más comúnmente empleados para los niños son la *escamonea* y la *jalapa*, á las cuales pueden agregarse el *podofilino* y el *áloes*. La escamonea y la jalapa tienen la ventaja, como los calomelanos, de ser insípidas, lo cual favorece mucho su ingestión. Estos polvos se prescriben á la dosis de $0^{gr},05$ por año de edad y al día.

Polvos de escamonea.	0 gr. 50

Para un papelillo que se tomará en una cucharada de agua con azúcar (niño de 10 años).

Polvos de escamonea.	aa. . .	0 gr. 25
— de jalapa.		
Podofilino.		0 gr. 02

Para un papelillo que se administrará como el anterior.

Los *calomelanos*, que desempeñan un gran papel en la medicina infantil, son un purgante colagogo y al mismo tiempo un antiséptico intestinal de gran valor.

Los calomelanos pueden prescribirse á dosis grandes ó fraccionadas: en el primer caso, se da en una sola vez, por la mañana en ayunas, un papelillo de 20, 30 ó 50 centigramos, según la edad del niño (5 centigramos por cada año de edad). Los polvos se toman en una cucharada de leche ó de agua azucarada y en seguida una taza de tisana ó de té claro. El niño debe abstenerse, el día de la purga, de los manjares ácidos ó demasiado salados. Los calomelanos no deben ser asociados con los purgantes químicos ordinarios, pero se les puede asociar con la escamonea, con la jalapa y en general con todos los purgantes vegetales.

Los calomelanos obran lentamente: el niño que los tome por la mañana podrá no evacuar hasta la tarde ó la noche siguiente.

A dosis fraccionadas, su acción es más segura. Según la edad se administran de 5 centigramos á 1 centigramo cada dos ó tres horas:

Calomelanos al vapor.	0 gr. 01
Lactosa.	0 gr. 50

Para un papelillo, n.º 12: se tomarán tres, cuatro ó cinco al día, en una cucharadita de leche ó de agua.

Entre las curas termales que pueden aconsejarse á los niños habitualmente estreñidos debe citarse *Châtel-Guyon*.

C.—TRATAMIENTO DEL ESTREÑIMIENTO EN LOS ADULTOS

Todos los purgantes que acabamos de enumerar pueden ser empleados en los adultos aumentando algo las dosis. Debemos decir, sin embargo, que los *calomelanos*, de uso corriente en la medicina infantil, se emplean poco en los adultos á causa de la estomatitis mercurial que podrían producir. Sin embargo, todavía se prescriben, especialmente en los enfermos que padecen de infarto del hígado y secreción biliar insuficiente.

El *sulfato sódico* (sal de Glaubero) se administra á la dosis de 30 á 40 gramos en uno ó dos vasos de agua que se toman por la mañana en ayunas. El mismo procedimiento se sigue con el *sulfato de magnesia* (sal de Sedlitz) y con el *tartrato de potasa y de sosa* (sal de Seignette).

El *citrato de magnesia* sirve para hacer una limonada purgante (50 gramos por litro) que se toma á vasos hasta que produce efecto.

El *agua de Sedlitz artificial* (30 gramos de sulfato de magnesia por botella) se toma también á vasos, lo propio que el agua de *Pullna* (33 gramos de sulfato de magnesia, 21 gramos de sulfato de sosa por litro).

El agua de *Montmirail* es mucho menos fuerte, pues sólo contiene 9 gramos de sulfato de magnesia y 5 de sulfato de sosa; sin embargo, presta grandes servicios y purga con verdadera eficacia. Sin detenernos en el examen de los innumerables manantiales purgantes distribuídos por la superficie de Europa, citaremos el *agua de Miers* (Lot) que sólo contiene $2^{gr},50$ de sulfato de sosa por litro y que tomada á dosis suficiente, en el manantial ó á domicilio, produce excelentes efectos purgantes y descongestionantes. Esta agua se recomienda especialmente á los obesos, pletóricos, calculosos, uricémicos y artríticos en general.

No debe abusarse de los purgantes salinos porque irritan bastante el tractus intestinal y, después de la excitación que determinan, dejan mayor atonía: la *acción* va seguida de una *reacción* que los demás purgantes (calomelanos, aceite de ricino, áloes) no provocan en el mismo grado.

El *aceite de ricino* se prescribe en el adulto á la dosis de 20, 25, 30, 40 gramos en una sola vez: después de la ingestión del purgante se toma generalmente una taza de té ó de caldo de hierbas.

El *áloes*, la *jalapa*, la *escamonea*, se prescriben en píldoras ó en obleas.

Puede emplearse la fórmula siguiente:

Aloes.	} aa.	0 gr. 15
Escamonea.		

Para una oblea que se tomará por la mañana ó por la noche.

Aloes.	0 gr. 10
Excipiente con glicerina.	C. s.

Para una píldora: tómese una cada noche al acostarse hasta lograr el efecto suficientes.

Pueden asociarse diferentes purgantes en las mismas píldoras ú obleas. La asociación con la *belladona* da también buenos resultados.

Aloes.	} aa.	0 gr. 10
Escamonea.		
Podofilino.		0 gr. 03
Extracto de belladona.		0 gr. 01
Excipiente con glicerina.		C. s.

Para una píldora, que se tomará por la mañana al levantarse ó por la noche al acostarse.

El áloes y los purgantes resinosos tienen el inconveniente de provocar á veces cólicos. Pueden prescribirse supositorios de áloes, para los cuales usamos la siguiente fórmula:

Supositorio hueco de manteca de cacao. . .	Modelo grande
Glicerina.	2 gramos
Aloes.	0 gr. 10 á 0 gr. 20
Extracto de belladona.	0 gr. 01 á 0 gr. 02

Para un supositorio, que se introducirá en el momento en que se desee hacer de cuerpo; á los 5 ó 10 minutos se hará sentir la necesidad.

Las píldoras sobre base de purgantes drásticos (*áloes, jalapa, escamonea, coloquíntida, gutagamba, podofilino, cáscara sagrada, evonimina*, etc.) son innumerables.

En los formularios y en los tratados de materia médica se encontrará la lista de las mismas.

Una de las combinaciones más recomendables en los casos de estreñimiento de los cardíacos, asistólicos, etc., es la siguiente:

Escamonea.	} aa.	0 gr. 05
Digital.		
Escila.		
Excipiente con glicerina.		C. s.

Para una píldora, n.º 15; se tomarán de tres á cinco al día.

Con estas píldoras se logra promover muy pronto evacuaciones y orinas abundantes y reforzar el corazón.

Los polvos purgantes se emplean con éxito en el adulto: la *magnesia* y el *azufre lavado* entran con frecuencia en su composición. Se prescribirá, por ejemplo:

Azufre lavado. . . . . } aa. . . 15 gramos
Magnesia. . . . . }
Crémor tártaro. . . . . }

M. s. a.
Una cucharadita en un poco de agua azucarada, por la noche antes de acostarse.

El *aguardiente alemán* ó tintura de jalapa compuesta (escamonea, jalapa, *turbith vegetal)* es un purgante drástico enérgico que se prescribe á la dosis de 15, 20, 30 gramos, asociado las más de las veces con el *jarabe de espino cerval* (igual dosis).

Entre los purgantes más útiles, en caso de inercia intestinal, debe citarse el *sen*, que se da en infusión á la dosis de 3 á 10 gramos ó en lavativa. He aquí la fórmula de la lavativa purgante de la farmacopea:

Hojas de sen. . . . . } aa. . 15 gramos
Sulfato sódico. . . . . }
Agua hirviendo. . . . . 500 —

Para un enema.

Se echa el agua hirviendo sobre el sen, se cuela y se añade el sulfato sódico; cuando la lavativa se ha enfriado suficientemente, se administra. Es muy raro que no se produzca inmediatamente la evacuación, mas en caso de que no se obtenga resultado, pueden doblarse las dosis de sen y de sulfato sódico.

El sen constituye la base de casi todos los tés purgantes (Saint-Germain, etc.) y figura entre las *especies purgantes* de la farmacopea: sen, 120; saúco, 50; anís, 50; hinojo, 50; bitartrato de potasa, 30. Mézclese y divídase en papelitos de 5 gramos, cada uno de los cuales sirve para una infusión.

Entre los purgantes más suaves (laxantes) hay que citar la *caña-fístula*, el *tamarindo*, la *miel*, las *ciruelas*, el *suero*, las uvas frescas, las flores de melocotonero, las rosas pálidas, sobre las cuales no insistiremos, limitándonos á recordar que las simientes de *psyllium*, de *lino*, de *mostaza blanca* producen también un efecto laxante útil en muchos casos: el enfermo tragará ó mascará todas las mañanas una cucharadita de estas semillas. Las personas estreñidas comerán, en vez de pan blanco, pan de Graham (pan entero).

El *emético*, ó tártaro estibiado, que produce vómitos cuando se da en un vehículo poco abundante, determinará evacuaciones alvinas, como una verdadera purga, si se diluye en medio litro ó en un litro de agua (5 á 10 centigramos de *emético en lavado)*. Asociado con el sulfato sódico, con la escamonea ó con cualquier otro purgante enérgico, constituye el *emeto-catártico*, cuya acción puede ser muy útil en los estados febriles

con empacho gástrico, estreñimiento, etc. La fórmula puede ser la siguiente:

Tártaro estibiado.	0 gr. 05 á 0 gr. 10
Sulfato sódico.	15 á 20 gramos
Agua.	120 —
Jarabe simple.	10 —

M. s. a. Tómese en tres ó cuatro veces en el espacio de una hora.

Es imposible, en un artículo de corta extensión, estudiar todos los remedios contra el estreñimiento. Por esto no hemos citado más que unos pocos entre los más usados.

No repetiremos la lista de los alimentos que convienen á los adultos que padecen estreñimiento, pues á éstos es aplicable lo que hemos dicho acerca del régimen de la segunda infancia: poca carne, muchas legumbres, frutas cocidas ó crudas, ejercicio, movimiento al aire libre. Nada de excesos alimenticios, nada de salsas con especias, nada de trasnocheo, nada de fatiga cerebral. No siempre debe prohibirse el uso del tabaco, puesto que á veces es útil. En los casos inveterados se aconsejará una cura en *Châtel-Guyon*.

No debe olvidarse que la dispepsia es habitual en la mayoría de los estreñidos, lo mismo niños que adultos. La mayor parte de ellos padecen de dilatación de estómago y si se quiere triunfar del estreñimiento es preciso mejorar la dispepsia atónica de antigua fecha que la ha precedido y que la domina; lo cual no quiere decir que deba descuidarse el estreñimiento, sino que es preciso, por el contrario, atacarlo directamente, porque influye de una manera perniciosa en la dispepsia. En cuanto el enfermo va regularmente de vientre, las funciones de su estómago se ejecutan mejor, renace el apetito, la digestión es más activa y el bienestar se manifiesta.

D. — TRATAMIENTO DEL ESTREÑIMIENTO POR LOS MEDIOS EXTERNOS

Nada hemos dicho hasta aquí de los medios externos que han sido preconizados en el tratamiento del estreñimiento, así de los niños como de los adultos. De ellos vamos á ocuparnos ahora brevemente.

Las aplicaciones externas y los agentes físicos han sido empleados contra el estreñimiento crónico: agua fría, linimentos, masaje, electricidad.

Trousseau aconsejaba que se cubriera el vientre, por la mañana al levantarse, con compresas empapadas en *agua fría*, dejándolas puestas durante tres ó cuatro horas. Esta práctica ha sido imitada en el tratamiento de la bronco-pneumonía por los paños mojados. En ambos casos se

produce una congestión en la piel, una *revulsión* externa que descarga los órganos interiores.

Cuando las lavativas eran ineficaces y los purgantes estaban contraindicados, quería Graves que se aplicaran sobre el vientre *linimentos purgantes,* friccionando todas las mañanas la región estomacal del enfermo con una mezcla de cuatro partes de aceite de ricino con una de tintura de jalapa; pero este procedimiento no se ha vulgarizado.

En cambio, el *masaje* tiene muchos partidarios: Récamier lo aconsejaba hace mucho tiempo y á menudo se emplea con éxito. Se verifica una sesión diaria ejerciendo presiones suaves á lo largo del colon ascendente, transversal y descendente para excitar su contracción y ablandar la masa fecal. Algunas veces ese masaje, aun ejecutado por manos hábiles, es doloroso y se tolera mal.

El masaje general combinado con los *baños*, las *duchas* ó las *fricciones* secas ó estimulantes, obra indirectamente regularizando la nutrición general y asegurando el equilibrio de las funciones orgánicas.

Duchenne (de Boloña) ha inventado el tratamiento del estreñimiento por medio de la *electricidad.* A enfermos que no evacuaban sin lavativas ó purgantes, le ha bastado á veces faradizar los músculos del abdomen para triunfar del estreñimiento, que entonces dependía de la paresia ó de la debilidad de los músculos abdominales.

Con más frecuencia es el recto el que está paralizado y sobre él conviene obrar.

«Se introduce en el recto—dice Duchenne—una oliva metálica montada en una varilla también de metal aislada por una sonda de caucho, poniéndola en comunicación con uno de los polos de inducción, y se pasea por los contornos del ano un segundo reóforo húmedo. Mientras funciona el aparato, se imprime á la varilla un movimiento que permite poner la oliva en contacto con los músculos situados en la parte inferior del recto, es decir, con el elevador y el esfínter anales. Si se quiere excitar la túnica mucosa del intestino recto, se paseará la oliva por toda la superficie de este órgano. Previamente debe siempre desembarazarse el recto de las materias estercoráceas por medio de lavativas. Para combatir el estreñimiento consecutivo á la insensibilidad de la mucosa del recto ó á la parálisis de su túnica musculosa, se paseará por toda la superficie el reóforo introducido, como en el caso precedente, en el intestino. El borde de éste es de tal manera sensible que la menor excitación farádica determina en él un tenesmo insoportable, razón por la cual es preciso no olvidarse nunca de aislar la varilla metálica que sirve de soporte á la oliva, á menos que esté indicada la acción sobre el músculo esfínter del ano.»

Por medio de este procedimiento sencillo y poco doloroso, Duchenne ha curado estreñimientos rebeldes á todo otro tratamiento: uno de ellos, que databa de tres semanas y que había ya producido timpanismo abdominal, cedió á una sola excitación del recto después de haber resistido por espacio de quince días á los purgantes de toda especie.

En los casos en que la acumulación de excrementos endurecidos en la ampolla rectal constituye un obstáculo para la salida de los que están encima, hácese necesario á veces extraerlos con el dedo, con el mango de una cuchara, con la sonda, etc. Con el dedo no se corre peligro de lesionar el intestino: después de haberlo untado con vaselina ó glicerina, se introduce en la masa estercorácea ó entre ésta y el intestino para reducirla á fragmentos y expulsarla pedazo á pedazo; una lavativa abundante completa la obra empezada por el dedo.

Finalmente, cuando el estreñimiento es debido á una lesión accesible de la porción última del intestino (estrechez, almorranas, fisura del ano) no puede curarse más que atacando directamente la causa del mal: entonces podrá procederse á la dilatación, á la rectotomía, á la exéresis, según los casos. Contra la estrechez del recto convendrá aplicar la dilatación repetida y progresiva; la fisura del ano será tratada por la dilatación brusca. No hemos de insistir sobre estos tratamientos, que son de carácter absolutamente quirúrgico.

CAPÍTULO XXXIV

TRATAMIENTO DE LA OCLUSIÓN INTESTINAL

POR

J. COMBY

Médico del hospital de Enfants-Malades

TRADUCCIÓN DEL DR. D. JOSÉ GÓNGORA

I

Consideraciones generales

A. — DEFINICIÓN

Bajo el nombre de oclusión intestinal se comprende toda lesión que tiene por resultado detener en el intestino el curso de las materias fecales. Unas veces el obstáculo es debido á una afección quirúrgica, á una estrangulación hernial, por ejemplo; otras es de índole médica (vólvulo, invaginación, coprostasis, acumulación de cálculos ó de lombrices intestinales, compresión por tumor abdominal etc.).

B. — RESUMEN NOSOLÓGICO

Antes de describir el tratamiento conviene estudiar las causas y las modalidades clínicas de la oclusión intestinal.

Las causas pueden dividirse en tres grupos, según que residan en la cavidad del intestino, en sus paredes ó en los órganos inmediatos.

1.° *Causas internas ó intrínsecas.* — El simple estreñimiento, la acumulación de materias estercoráceas, su secamiento y endurecimiento pueden ocasionar una detención completa ó incompleta, mortal ó curable, grave ó benigna, que merece especialmente el nombre de *obstrucción intes-*

tinal. El calibre del intestino hállase obstruído á nivel del ciego ó al final del yeyuno ó en la S ilíaca, por una masa de materias fecales endurecidas y á veces también por cuerpos extraños, huesos de fruta, cálculos intestinales (enterolitos), cálculos biliares, lombrices etc. Norman Moore (1) ha citado el caso de un hombre que sucumbió durante la laparotomía á consecuencia de una obstrucción producida por cálculos biliares acumulados en la parte terminal del yeyuno. Dos casos análogos se han citado en la Sociedad Clínica de Londres y en uno de ellos la curación sucedió á la expulsión espontánea de los cálculos por el recto.

2.° *Causas parietales.*—La oclusión intestinal es debida á menudo á una lesión del mismo intestino. Entre las varias clases de estrecheces citaremos las congénitas y las deformaciones, las cicatriciales consecutivas á las ulceraciones de la tuberculosis, de la disentería, de la fiebre tifoidea, las sifilíticas del recto, las cancerosas, etc. Después de las estrecheces hemos de mencionar ciertas lesiones congénitas del intestino (flexuosidades exageradas y prolongación del intestino grueso, dilatación congénita del colon con engrosamiento de sus paredes), el vólvulo, los pólipos del recto, la invaginación y el prolapso. La invaginación intestinal es una causa relativamente frecuente de oclusión del intestino, especialmente en los niños pequeños. En las autopsias de niños de pecho se encuentra á menudo la invaginación cadavérica del intestino delgado en muchos puntos de su trayecto. Aunque esta lesión nada tiene de patológica, indica la predisposición de la infancia á la invaginación intestinal.

3.° *Causas extrínsecas.*—Una brida peritoneal, un saco hernial reducido en masa con el intestino, un tumor, un cambio de sitio de las vísceras, pueden comprimir el intestino, apretarlo y estrangularlo hasta el punto de detener por completo el curso de las materias fecales. En todos estos casos, la causa de la estrangulación interna no depende del intestino, el cual sufre pasivamente el efecto de una enfermedad que primitivamente no le había afectado.

Sea cual fuere la causa de la obstrucción intestinal, los efectos son siempre los mismos. Podrán observarse diferencias, según que la oclusión sea completa ó incompleta y según la rapidez ó lentitud de su formación; pero en definitiva, no tardarán en dejarse sentir los efectos de la detención de las materias fecales. Los enfermos no van al excusado, ni evacúan materias sólidas ni líquidas, ni gases; su vientre se hincha y se pone dolorido, aparecen los vómitos, las facciones se alargan y el rostro adquiere el *carácter abdominal.* Todo indica la intoxicación inminente y la muerte

(1) NORMAN MOORE.—*Intestinal obstruction due to Gall Stone, Pathological society of London,* 18 Marzo de 1897.

próxima en el colapso y la algidez. Algunas veces la oclusión intestinal se presenta complicada con peritonitis, y entonces se añaden al cuadro morboso la fiebre, la agitación, la inquietud extrema y se precipita el término fatal.

El diagnóstico de la oclusión intestinal no siempre es fácil, puesto que esta enfermedad puede ser confundida con la apendicitis, la peritonitis, el cólico nefrítico ó hepático etc. Importa, pues, explorar con cuidado todos los orificios naturales, practicar la palpacion rectal, estudiar minuciosamente el abdomen teniendo muy en cuenta los datos suministrados por el enfermo ó por las personas que lo rodean, el curso de la enfermedad, etc. Pero á veces no hay tiempo para recoger todos estos detalles porque el enfermo tiene vómitos fecaloides y se muere si no interviene el cirujano.

II

Indicaciones terapéuticas

La conducta varía según las circunstancias. Si se trata de un recién nacido que no ha echado el meconio, se explora el ano, y si se ve que éste está imperforado ó que no tiene salida, debe practicársele inmediatamente una incisión y procurarse coger el extremo inferior del intestino para abocarlo al exterior. Si no se consigue alcanzar el intestino, no queda más remedio que recurrir á la operación del *ano artificial*.

En algunos casos, el recién nacido está aparentemente bien conformado, pero tiene una estrechez moderada del intestino, ó flexuosidades, ó una dilatación del colon etc. Entonces se favorecerá la expulsión del meconio y más adelante de las evacuaciones normales, por medio del cateterismo, de las grandes lavativas, etc.

Cuando la obstrucción intestinal se debe á la acumulación de materiales en el intestino grueso, están indicados los *enemas* muy profundos aplicados por medio de la sonda esofágica: estas lavativas no ofrecen peligro alguno y siempre se debe recurrir á ellas, pues á buen seguro presentan muchos menos inconvenientes que los *purgantes*. En efecto, éstos provocan á veces contracciones intestinales violentas y si se trata de una estrangulación por bridas ó de una invaginación, pueden exagerar la oclusión en vez de disiparla y favorecer la peritonitis por perforación que constituye siempre una amenaza que recae siempre sobre esta clase de enfermos.

Más vale recurrir á la *electrización* del intestino, introduciendo un

polo en el recto y aplicando el otro sobre el abdomen, método al cual ha debido muchos éxitos Boudet de París.

El *masaje abdominal,* practicado con método y suavidad, da buenos resultados en los casos de estreñimiento rebelde, de verdadera coprostasis.

Las *punciones capilares* del intestino, con ó sin aspiración (Dieulafoy), pueden estar indicadas por el timpanismo, por la extrema disnea, pero no son más que un paliativo poco seguro y ciego.

Para combatir los vómitos, para retrasar la intoxicación resultante de la acumulación en el estómago de las materias fecaloides, prestará en algunas ocasiones grandes servicios el *lavado gástrico* por medio del tubo de Faucher. Algunos enfermos se han curado después de simples lavados del estómago.

Un procedimiento que también se ha empleado mucho con muy buenos resultados es la *lavativa gaseosa*. Después de haber introducido en el recto una sonda grande, se inyectan uno ó varios sifones de agua de Seltz que, obrando de abajo arriba, pueden á veces reducir una invaginación intestinal. Con la curación espontánea no hay que contar: Wiggin en 103 casos de invaginación infantil no ha comprobado más que dos casos auténticos de curación espontánea por gangrena y eliminación del trozo invaginado. El mismo autor aconseja que no se introduzcan en el intestino más de tres cuartos de litro de agua, sin exceder de la fuerza producida por una columna de agua de tres pies de altura. Esta lavativa sólo debe emplearse al principio y la inyección ha de darse lentamente y con la mayor suavidad para evitar las rupturas del intestino. «Es necesario abstenerse,—dice Jalaguier,—de repetir las tentativas, que no hacen más que debilitar al niño y lo ponen en las condiciones más desfavorables para resistir la laparotomía, que constituye el último recurso.» Rydigyer no quiere que se hagan más que dos tentativas (1). Wiggin no admite sino una. Es un medio ciego y peligroso que, según Bryant, únicamente debe emplearse en los tres primeros días y aun sólo en los casos de mediana intensidad. Es preciso, en efecto, no olvidar que las alteraciones pueden ser sumamente precoces. Los resultados de la distensión intestinal por el agua ó por el aire son, según la estadística de Wiggin, 54 éxitos desgraciados en 72 casos, ó sea una mortalidad de 75 por 100. Todos los casos de curación han sido observados en niños antes de cuarenta y una horas.

Diré, para resumir, que cuando en un niño se presenta invaginación intestinal, está indicada la aplicación, con las mayores precauciones, de una lavativa de agua tibia, ligeramente salada y en cantidad que no pase

(1) Rydygier.—*Congrès de la Soc. allemande de chirurgie,* 1895.

de un litro; si al parecer se produce la reducción, lo cual se conoce por la desaparición del tumor y por la cesación de los síntomas, conviene vigilar al niño para ver si la invaginación se reproduce. En caso de no lograr resultado, puede repetirse una vez la tentativa, pero si la invaginación no se reduce, ó si, después de reducida, reaparece, se impone la laparotomía inmediata.»

Antes de entrar en el estudio de esta operación hoy clásica, conviene decir algo del ano artificial, destronado por aquélla en la generalidad de los casos.

III

Tratamiento quirúrgico

A. — ANO ARTIFICIAL

En realidad en la operación del ano artificial se hace una laparotomía, pero sólo para hacer accesible un asa intestinal y abrirla al exterior, sin preocuparse de buscar y reducir el obstáculo que se opone al curso de las materias. Obrando así, no se cura la enfermedad; lo que se hace es simplemente abrir una válvula de seguridad que permite ganar tiempo.

En un primer período, en el siglo XVIII, el ano artificial se practicaba con preferencia en el intestino grueso; más adelante, en la primera mitad del XIX, en el intestino delgado (Maisonneuve, Nélaton) y se obtenían resultados.

Hasta el advenimiento de la antisepsia, la enterotomía fué el tratamiento quirúrgico de la oclusión intestinal, pero poco á poco ha ido perdiendo terreno gracias á los progresos de la antisepsia quirúrgica. Peyrot, en su tesis de agregación ha demostrado el valor comparativo de la enterotomía y de la laparotomía.

Esta última operación, considerada hoy por los cirujanos como inofensiva, necesariamente había de suplantar á su antecesora.

B. — LAPAROTOMÍA

La laparotomía, practicada ampliamente, tiene una doble ventaja: 1.° permite asegurar ó completar el diagnóstico y llegar, por consiguiente, al tratamiento radical, á la supresión del obstáculo; 2.° en caso de que este obstáculo no pueda ser suprimido, facilita la operación de la enterotomía.

Mas, sin insistir en estas ventajas teóricas, veamos los resultados obtenidos por los cirujanos.

En el tratamiento de la invaginación intestinal es en donde mejor puede apreciarse el valor de la laparotomía: la gravedad y el curso rápido de los accidentes hacen inminente el peligro y la curación difícil, y por este motivo no hay que exigir al cirujano resultados tan brillantes como en las demás variedades de oclusión intestinal. Por otra parte, el hecho de que el cirujano sólo raras veces pueda salvar á sus enfermos por medio de la laparotomía, débese á que ha sido llamado demasiado tarde, después de haberse probado todos los recursos no cruentos sin más resultado que debilitar al paciente. Ashurst señala una mortalidad de 75 por 100; Curtis de 76 por 100 (casos agudos observados especialmente en los niños); Braun y Barker el 78 por 100. Barker dice que de 23 niños desinvaginados después de la laparotomía sólo curaron 5. Treves, en 18 casos menores de dos años obtuvo 4 curaciones y 14 defunciones, y en 4 casos de tres á quince años, 4 fallecimientos. Pero estas estadísticas comprenden casos operados *in extremis* y conforme á una técnica incompleta, casos complicados con resección intestinal, con anos contra natura, con entero-anastomosis, etc. Wiggin, después de haber citado una mortalidad general de 67,2 por 100, establece una distinción entre las operaciones anteriores á 1889 y las posteriores: las primeras arrojan una mortalidad de 84 por 100.

Entre las segundas, previa eliminación de los casos mal operados, encuentra 14 curaciones en 18 casos (mortalidad 22,2 por 100). Estas cifras consoladoras se refieren á casos agudos operados pronto. Jalaguier cita cinco éxitos favorables recientes conseguidos en niños de menos de un año, á quienes operó rápidamente. Las estadísticas serán satisfactorias cuando la regla general sea operar lo más pronto posible, como se hace en la hernia estrangulada.

Desde el punto de vista operatorio, Jalaguier da los siguientes consejos: abertura del vientre por la línea media ó por el tumor cuando el sitio en que éste resida esté bien determinado.

La incisión media da mayor libertad para la exploración de la cavidad abdominal y para buscar el obstáculo. Si el intestino está sano, sin gangrena ni perforación, se procurará desinvaginarlo suavemente, empujando de abajo arriba y procediendo por presión circular sobre su vaina; después de haberse asegurado de la integridad de los órganos, se cierra el abdomen, y si hay alguna mancha sospechosa en el intestino, se establece un drenaje. Si el intestino está enfermo, inflamado, perforado ó gangrenado, ó si la invaginación es irreductible, es pre-

ciso resecar las partes enfermas, hacer una enterectomía, operación larga, difícil y poco fructuosa: cuando la vaina está sana, se le hace una incisión longitudinal para resecar el trozo invaginado (Widenham, Maunsell, Jessett-Barker).

A pesar de su dificultad y de la incertidumbre del resultado, esas operaciones serán preferidas al ano contra natura y á la entero-anastomosis, que no curan las formas agudas de invaginación.

Cuando la invaginación está complicada con peritonitis, con procidencia por el ano, también debe intentarse la laparotomía. En caso de peritonitis, la situación es evidentemente muy grave y casi desesperada; sin embargo, si el niño tiene aún resistencia, si el pulso no está demasiado débil, es preciso abrir el vientre. En cuanto á la procidencia de la invaginación, si el intestino no está gangrenado, no constituye una contraindicación de la laparotomía. Marsh (1) ha curado por desinvaginación, previa la laparotomía, á un niño de seis meses, enfermo desde hacía trece días, y que presentaba prolapso rectal. Con igual suerte operó Godlee á un niño de nueve meses á los cuatro días de enfermedad. Sands, Ainsley, Pollard han curado cada uno de ellos, por medio de la laparotomía, á un niño cuyo intestino invaginado había descendido al recto.

En el caso de Pollard, aunque la invaginación sólo databa de veinticuatro horas, el intestino estaba en vías de esfacelo.

En las invaginaciones crónicas, de que se conocen algunos ejemplos, puede insistirse más que en las formas agudas en las tentativas de reducción no cruenta, á menos de que haya síntomas de estrangulación absoluta; sin embargo, no debe esperarse hasta muy tarde para recurrir á la laparotomía, porque, de lo contrario, se corre el peligro de que la invaginación crónica se complique con accidentes agudos. Tanto más cuanto que, si se opera sin precipitaciones, pueden reducirse invaginaciones antiguas.

Rydygier ha podido desinvaginar á las seis semanas, á los seis y á los nueve meses, y á estos 3 casos notables hay que agregar 1 de Czerny á los seis meses y 1 de Obalinski á los dos meses y medio. De estos 5 operados curados, 4 eran adultos y 1 tenía sólo ocho años.

Si después de una de estas laparotomías tardías en la invaginación crónica se encuentra un intestino adherente, esfacelado, perforado, irreductible, es preciso resecarlo: esta resección, oportunamente practicada, ofrece mayores probabilidades de sobrevivencia que la resección de la invaginación aguda.

(1) MARSH. — *The Lancet*, 1875.

IV

Conclusiones

La diversidad de las causas de la oclusión intestinal explica la diversidad de los tratamientos dirigidos contra esta enfermedad peligrosa. La elección de la terapéutica que deba aplicarse se ha de inspirar precisamente en las causas que entran en juego.

Una obstrucción por coprostasis no requiere evidentemente el mismo tratamiento que una estrangulación por brida ó invaginación. En el primer caso, podrá recurrirse á los purgantes y á las lavativas; en el segundo, habrá que decidirse por la *laparotomía*. Una oclusión debida á una estrechez sifilítica podrá curarse con un tratamiento *mercurial* y *yodurado*, ayudado por una *dilatación* prudente y progresiva. En cambio, una neoplasia cancerosa del intestino ofrecerá muy pocas esperanzas, aun en el caso de recurrir á una intervención radical. Unas oclusiones son curables y otras son incurables por naturaleza.

Dos clases de medios se nos ofrecen para curar la oclusión intestinal:

1.° *Medios médicos, lavativas de agua* ó *de gas, electricidad, masaje, lavado del estómago, punciones capilares:* estos medios deben emplearse al principio, sin terquedad, y es necesario saber abandonarlos cuando la situación se agrava. Sobre todo las *inyecciones de agua* pura ó gaseosa en el intestino no deben repetirse más de una ó dos veces, y si el obstáculo no cede no hay más remedio que recurrir á los métodos cruentos.

2.° *Medios quirúrgicos.* — Hasta el advenimiento de la antisepsia quirúrgica, la *ultima ratio* de la oclusión intestinal era el ano contra natura, el ano artificial, que se practicó al principio en el intestino grueso y últimamente en el delgado. Cuando el médico es impotente para restablecer el curso natural de las materias, viene el cirujano y les abre una vía artificial.

La enterotomía, practicada por los Maisonneuve, los Nélaton y sus discípulos, ha dado resultados bastante buenos; pero muy pronto la cirugía se ha envalentonado y se ha atrevido á abrir ampliamente el vientre para ir directamente en busca del obstáculo y vencerlo. Esta laparotomía hecha *larga manu* es inofensiva, permite ver claramente de qué se trata y muchos enfermos á ella deben la vida.

De suerte, pues, que la oclusión intestinal cae, en última ins-

tancia, bajo la jurisdicción de la laparotomía, gracias á la cual puede determinarse el sitio y la naturaleza de la estrangulación interna y tratarla, en su consecuencia, por la reducción ó la extirpación: merced á ella puede también saber cuándo ha de abstenerse por encontrarse con un cáncer ó una masa tuberculosa, etc. Antes de la laparotomía, la intervención quirúrgica era incompleta, paliativa, ciega.

Gracias á la laparotomía, esa intervención es muy á menudo curativa, siendo el éxito de la operación tanto más probable cuanto más pronto se practique. Por esto conviene no perder tiempo en las tentativas médicas ó empíricas de que antes hemos hablado: contemporizando, lo que se hace es permitir que la oclusión se complique con gangrena, perforación, peritonitis, y cuando se decide la operación es ya demasiado tarde.

CAPÍTULO XXXV

TRATAMIENTO DE LA APENDICITIS

POR

C. TALAMON

Médico del hospital de Tenon

TRADUCCIÓN DEL DR. D. JOSÉ GÓNGORA

I

Consideraciones generales

No trataremos de discutir una materia por demás agotada. A pesar de algunas tentativas aisladas de rehabilitación, nadie se acuerda ya de la antigua tiflitis de Albers de Bonn, pues millares de hechos han venido á demostrar que el conjunto clínico bajo aquel nombre descrito en los tratados clásicos, corresponde, no á la inflamación del ciego, sino á la de su apéndice. Nadie pone en duda que existan flegmasías simples ó ulcerosas de aquella parte del intestino grueso sin lesión del apéndice; pero la sintomatología de las tiflitis tuberculosas, disentéricas, cancerosas, en nada se parece á los síntomas que se atribuían á la antigua tiflitis y que únicamente á la apendicitis corresponden.

Hemos demostrado en otro lugar que, desde 1827, Mélier no sólo había señalado ese papel preponderante del apéndice y descrito dos de las formas principales de la apendicitis, la forma perforante y la de recaídas, sino que, además, había presentido é indicado la posibilidad de la intervención quirúrgica. La idea de Mélier fué estéril durante cincuenta años, y sólo en 1880 comenzó la reacción contra la teoría clásica de la tiflitis, con la peritonitis apendicular de Biermer y de With. Nosotros intentamos, en 1882, precisar el papel del apéndice en la patogenia de las formas agudas perforantes de la tiflitis. Pero, en realidad, la memoria de Reg. Fitz, de Boston, publicada en 1886, fué el punto de partida del

gran movimiento que acabó con los últimos restos de la concepción de Albers y que renovó la patogenia y el tratamiento de las afecciones inflamatorias de la fosa ilíaca derecha.

Como toda revolución, ha tenido ésta sus excesos y la audacia operatoria de los cirujanos americanos ha llevado hasta los últimos límites de la lógica la conclusión terapéutica que Mélier deducía de su memoria en 1827.

En 1890, Senn, de Chicago, declaraba: «Todo individuo que *tiene* una apendicitis debe ser operado en cuanto ésta esté diagnosticada.» En la actualidad, esta fórmula ha sido reemplazada por esta otra, tal vez más radical: «Todo individuo que *ha tenido* una apendicitis debe ser operado.» Con lo cual no les queda á los enfermos, ni siquiera á los curados por el tratamiento puramente médico, la esperanza de escapar al cuchillo del cirujano.

En el libro que publicamos en 1892, protestamos contra el absolutismo de los intervencionistas extremados, demostrando la frecuencia de las formas benignas de la apendicitis, y oponiendo á las apendicitis perforantes, que indiscutiblemente entran en los dominios de la cirugía, las apendicitis médicas con exudado plástico y reabsorbible, que se curan sin necesidad de intervención quirúrgica. En mi concepto, las dos terceras partes de los casos de apendicitis aguda corresponden á esas formas médicas: de 64 casos agudos por nosotros observados desde 1890 á 1897, sólo 21 correspondían á las formas quirúrgicas con peritonitis difusa ó peritonitis parcial supurada. Y nótese que esta opinión no es sólo nuestra sino que es lo que se desprende de todas las estadísticas publicadas así en América como en Europa. Los mismos cirujanos americanos no discuten este hecho: según Fitz, las dos terceras ó las tres cuartas partes de apendicitis se curan con el tratamiento médico; Richardson declara que la mitad de los casos para los cuales fué llamado se curaron sin intervención, y al decir de Mac Burney, más de la mitad de los enfermos se curan de su primera crisis sin operación. Véase, pues, cómo la proporción de los casos médicamente curables, admitida por los americanos, apenas difiere de la indicada por nosotros.

Es éste un primer punto que nos parece evidenciado y que, limitando el papel del cirujano á una tercera ó á una cuarta parte de los casos, constituye la mejor crítica de la fórmula de los partidarios acérrimos de la intervención inmediata. En todo caso, nada justifica las recientes exageraciones de ciertos médicos, conversos de última hora, que, hipnotizados por la observación de algunos casos desgraciados, no han querido ver más que las formas mortales de la apendicitis, creando con ello entre el públi-

co un verdadero «terror apendicular», que es preciso combatir á toda costa.

Queda la segunda fórmula, la de los partidarios de la resección preventiva del apéndice después de una primera crisis de apendicitis: «Todo apéndice que ha sufrido una primera lesión, debe ser quitado.» En apoyo de esta regla se invocan por un lado la frecuencia de las recidivas y por otro el peligro de una perforación que á cada una de éstas amenaza. Cierto que éstos son argumentos; pero ¿qué valor real tienen? Para justificar el absolutismo de la consecuencia que de ellos se saca sería preciso demostrar: 1.° que la recidiva constituye la regla general en la mayoría de los casos de apendicitis; 2.° que la perforación constituye la regla general en la mayoría de los casos de recidiva.

Ya se comprenderá cuán difícil es precisar el primer punto, pues para ello sería necesario observar durante muchos años una larga serie de enfermos. No siendo esto posible, hemos de contentarnos, para juzgar el asunto de una manera aproximada, con indagar la frecuencia de las crisis anteriores en los enfermos en el momento en que éstos se ofrecen á nuestra observación. Pues bien, de 57 de nuestros enfermos de apendicitis aguda en los cuales hemos notado la ausencia ó la existencia de crisis anteriores, sólo encontramos 17 que tengan en sus antecedentes uno ó varios ataques apendiculares. Esta proporción de 30 por 100 de apendicitis recidivantes es quizás algo exigua, ya que Morris señala, en 46 casos de apendicitis aguda, veinticinco veces la existencia de crisis anteriores, resultando una proporción de más de 54 por 100. En cambio, la estadística de Roux, de Lausana, en una cifra casi igual, 47 casos agudos, sólo arroja 12 casos de apendicitis recidivantes. Sumando estas tres estadísticas, se obtiene un término medio de 36 por 100.

Pero tiene quizás más importancia precisar el grado de gravedad que el de frecuencia de las recidivas. A este fin se han expuesto dos opiniones opuestas: según unos autores, las crisis múltiples son una garantía contra la perforación; según otros, la crisis perforante va precedida las más de las veces de una ó de varias crisis de apendicitis benigna. Hemos insistido ya en la necesidad de no emplear indiferentemente, como por lo común se hace, las palabras recaída y recidiva para designar cosas que en la práctica como en buena nosología merecen un nombre especial, y en la conveniencia de distinguir entre las *recaídas,* las *recidivas* y las *recrudescencias* de la apendicitis. Es preciso reservar el nombre de «recaídas» á los episodios agudos de la apendicitis crónica llamada de recaídas y el de «recidivas» á las crisis autónomas, aisladas que se repro-

ducen á intervalos más ó menos largos, generalmente muy distantes, en el mismo individuo real ó aparentemente curado de una primera crisis. En cuanto á las «recrudescencias,» son las reproducciones sucesivas que pueden sobrevenir en el curso de una misma crisis apendicular incompletamente terminada.

Establecida esta distinción, no vacilo en decir que las recaídas de la apendicitis crónica son más molestas que peligrosas: su intensidad y su duración pueden ser mayores ó menores, pero las probabilidades de perforación hállanse en ellas reducidas al mínimo, por virtud del engrosamiento de las paredes del apéndice y en caso de que la perforación se produzca, sus consecuencias estarán necesariamente limitadas por las adherencias protectoras debidas á la inflamación crónica periapendicular.

Con las recrudescencias sucede todo lo contrario, puesto que éstas, sin que forzosamente hayan de terminar en perforación, exponen tanto más á este peligro cuanto que la reproducción del proceso agudo se verifica en partes en las cuales no se ha restablecido todavía el equilibrio circulatorio, y cuanto que las paredes del apéndice, congestionadas é infiltradas, ofrecen una resistencia menor á la invasión de las bacterias intestinales.

Por lo que se refiere á las recidivas propiamente dichas, no negamos la posibilidad de una peritonitis difusa ó limitada como consecuencia de una ó varias crisis de apendicitis ligera; pero creemos que esto es la excepción y no la regla general, como afirman los partidarios de la resección preventiva. En 250 casos de apendicitis perforante, sólo ha observado Fitz 28, es decir, un 11 por 100, en los cuales la crisis mortal ha ido precedida de crisis menos graves. La estadística de Krafft arroja una proporción de 25 por 100, y si bien es cierto que en la de Morris, antes citada, de 24 casos de apendicitis perforante hay 12 con una ó varias crisis anteriores, en cambio Mac Burney, en igual número de casos, sólo observó 3 con antecedentes apendiculares, y Roux, de Lausana, sólo señala 12 casos con crisis anteriores entre 47 apendicitis perforantes operadas. Por nuestra parte, no hemos notado estas crisis más que cinco veces en 21 casos de apendicitis con peritonitis difusa ó absceso limitado.

Por consiguiente, no cabe afirmar que las más de las veces la crisis perforante va precedida de una ó varias crisis benignas. La verdad es que, en la mayoría de los casos, es decir, en las tres cuartas partes, la crisis perforante es primitiva, y únicamente en un 25 por 100 preceden á la perforación crisis premonitorias, no determinando ésta, por lo general, más que una peritonitis parcial supurada. Si queremos atenernos á las

formas mortales, con peritonitis difusa, creemos que la proporción indicada por Fitz es la verdadera y que los casos con antecedentes apendiculares apenas llegan al 10 ó al 12 por 100.

Para completar la demostración, sería preciso considerar la cuestión bajo otro aspecto y formar una estadística en la que se consignara cuántas veces en 100 casos la apendicitis reincidente termina con una perforación grave ó mortal. Esta estadística no se ha hecho todavía en grande escala, y la que particularmente hemos formado es demasiado reducida para resolver el problema. En 80 casos de apendicitis encontramos 16 de apendicitis crónica con recaídas y 17 de apendicitis con recidivas: los 16 primeros no presentan ningún caso de perforación, y en los 17 últimos tenemos anotados 4 de formas graves, uno de ellos con peritonitis difusa mortal y 3 con peritonitis supurada parcial que terminaron por la curación, es decir, una proporción de 23,5 por 100 de apendicitis recidivantes graves, proporción muy análoga á la de 25 por 100 que arrojan las estadísticas de apendicitis perforantes precedidas de crisis anteriores.

Puede, pues, admitirse que si la apendicitis es recidivante en más de una tercera parte de los casos, sólo una cuarta parte de estas recidivas tiene consecuencias graves, peritonitis difusa ó absceso local, y el resto, si no se curan completamente, degeneran en apendicitis crónicas con recaídas.

Mas no es esto todo, y para disponer de una información completa, sería, además, preciso especificar cuáles son las formas de apendicitis más expuestas á recidivas graves. Acerca de este particular, no podemos ofrecer cifras exactas; pero el estudio de las formas perforantes demuestra que la perforación se produce, en la gran mayoría de los casos, bruscamente, desde el primer ataque, es decir, cuando el apéndice estaba antes normal y flotando libremente en la cavidad peritoneal. Hay, pues, motivos para creer que las probabilidades de perforación en las recidivas son tanto mayores cuanto más se acercan las condiciones locales al estado normal. En su consecuencia, el simple cólico apendicular ó una apendicitis de corta duración que sólo haya interesado las paredes del apéndice, son las formas que más cuidado deben inspirar, por la eventualidad de una recidiva.

Por otra parte, la apendicitis supurada es tan raras veces recidivante, que Treves ha podido decir que «cuando se ha formado un absceso y el enfermo sana, no está expuesto ya á ningún otro ataque». Esta afirmación es cierta, por regla general, pero á condición de que la curación, no sólo del enfermo sino también del absceso mismo, sea real y completa; pero si la evacuación del pus, sea por el recto, sea por la incisión quirúr-

gica, es incompleta; si queda una pequeña sinuosidad purulenta ó un escíbalo enquistado en las adherencias, el absceso se reproducirá casi fatalmente, como lo hemos visto en un caso en que la supuración, después de haberse formado cinco veces en menos de un año, no cesó definitivamente hasta que se hubo extraído en la última operación una concreción fecal incrustada de sales calizas. Sin embargo, en estos casos, más que de recidiva de apendicitis, se trata de recrudescencia de un absceso mal vaciado, y en realidad puede tenerse por seguro que la apendicitis supurada no es recidivante cuando el absceso ha sido bien y completamente evacuado.

Entre estos dos términos extremos, apendicitis parietal y apendicitis supurada, ocupa sitio intermedio, desde el punto de vista del peligro de la perforación en una crisis ulterior, la apendicitis con exudado reabsorbible, que, en nuestro concepto, podría llamarse apendicitis plástica. La perforación sigue siendo posible aunque probablemente rara; pero á causa de las modificaciones producidas alrededor del apéndice por la inflamación anterior de la serosa, será poco de temer una peritonitis mortal. El peligro más grave para el enfermo en el caso de recidiva de una apendicitis plástica es una peritonitis supurada más ó menos limitada, y este peligro mismo disminuye á medida que aumenta el número de recidivas.

En resumen, creemos que puede sentarse como regla general que la gravedad de las recidivas está en razón inversa de la gravedad y del número de las crisis anteriores.

Tales son los principales datos que deben guiar el criterio y la conducta del médico en el tratamiento de la apendicitis, y que resumiremos diciendo: que las apendicitis curables médicamente representan las dos terceras partes de los casos que hayamos de tratar, y así lo confiesan los mismos cirujanos más autorizados; que muchas de estas apendicitis médicamente curadas tienen recidivas, pero éstas no constituyen la regla general sino que sobrevienen en una tercera parte de los casos aproximadamente; que las recidivas no sólo no predisponen á la perforación sino que su repetición es más bien una garantía contra esta complicación, que en las tres cuartas partes de los casos se produce en el primer ataque; y finalmente, que desde este punto de vista, el peligro de las recidivas perforantes es tanto más de temer cuanto más benigna y más corta haya sido la primera crisis.

Estos datos son los que se desprenden del conjunto de los numerosos trabajos publicados sobre este asunto de diez años á esta parte. La inflamación del apéndice explica todos los síntomas en otro tiempo atribuídos

á la tiflitis (así creemos haberlo demostrado en 1890), siempre y cuando se reconozcan á la apendicitis como en toda enfermedad formas variables en su intensidad y en su gravedad. Nosotros hemos puesto el mayor cuidado en conservar en el cuadro médico el mayor número de esos casos, reservando á la cirugía las formas perforantes y las formas con recaídas. Lo que ahora precisa es que un celo de neófito incompletamente instruído no incluya todas las apendicitis en una misma categoría, que no se vea en todos los casos la perforación y que no se declare como tratamiento único la resección del apéndice; porque si esto se hiciera, se provocaría una reacción, y la necesidad de explicar las formas benignas, demasiado numerosas y evidentes para que puedan ser negadas, nos haría volver, como han vuelto algunos, á la opinión antigua que atribuía las formas graves á la perforación del apéndice y las formas curables á la inflamación del ciego y del tejido inmediato.

Este es un error que no es necesario refutar. La tiflitis, en el antiguo sentido de la palabra no existe; no hay inflamación localizada del ciego por estancamiento estercoral que dé lugar al síndrome característico de la apendicitis. Pero cambiando las palabras no hemos cambiado las cosas, y prácticamente el tratamiento que curaba los accidentes atribuídos á la tiflitis debe curar también los accidentes debidos á la apendicitis.

El conocimiento exacto de la naturaleza de estos accidentes nos ha llevado á una intervención más frecuente, más precoz, más radical que antes. Hemos de esforzarnos en precisar las indicaciones y las contraindicaciones de esta intervención, y hemos de saber recurrir á ésta cuando sea necesario y desde el momento en que lo sea; pero la noción de apendicitis no ha de tener como corolario la ablación del apéndice de todo individuo que sienta un dolor en la fosa ilíaca derecha.

II

Tratamiento médico de las apendicitis agudas

Las formas médicas, las que corresponden propiamente hablando á la antigua tiflitis, son la apendicitis parietal, que en su grado más atenuado merece el nombre de cólico apendicular, y la apendicitis con peritonitis fibrinosa localizada ó apendicitis plástica.

No discutiremos en este lugar la naturaleza de esa peritonitis plástica ó más bien reabsorbible. Ciertos autores no quieren admitir que una apendicitis con síntomas peritoníticos pueda existir sin supuración; mas como es innegable que la mitad, pór lo menos, de esas peritonitis apendiculares

curan sin operación y con desaparición absoluta de toda huella de exudado en la foca ilíaca, sería preciso, por consiguiente, suponer que los derrames purulentos debidos al colibacilo son susceptibles de reabsorción, lo cual es muy inverosímil dada la calidad habitual del pus de origen intestinal, que es esencialmente un pus de mala índole; ó bien adoptar la opinión de Sahli, quien cree que este pus, por virtud de una perforación de fuera á dentro, vuelve al intestino y es evacuado insensiblemente por las deposiciones, lo cual sería más admisible. Pero, por nuestra parte, no vemos razón alguna para negar la existencia de una peritonitis apendicular fibrinosa en los casos en que el exudado procede como el de toda inflamación simple no supurada.

Sea de ello lo que fuere, el tratamiento de estas formas de apendicitis aguda no debe, en nuestro concepto, diferir del que antiguamente se aplicaba á la tiflitis, y que sólo en un punto ha de ser modificado, á saber, en el empleo de los purgantes: pronto veremos hasta dónde ha de llegar esta modificación. Este tratamiento se resume en tres palabras: antiflogísticos, calmantes y evacuantes.

A. — ANTIFLOGÍSTICOS

La primera indicación que se presenta es la de combatir la inflamación, y para ello nada mejor que aplicar una docena de *sanguijuelas* sobre la fosa ilíaca derecha: esto y el reposo absoluto en la cama es lo primero que, en nuestro concepto, debe prescribirse, haya ó no síntomas de peritonitis, porque, aun cuando no haya peritonitis, hay siempre un cierto grado de peritonismo, siendo, por consiguiente, inmediato el efecto lo mismo en uno que en otro caso. A la aplicación de sanguijuelas sucede siempre un alivio notable y una disminución de los fenómenos locales, en especial de la contractura dolorosa del músculo recto, que hacía casi imposible la menor palpación en la pared abdominal.

Si no se mantiene la mejoría ó si se produce más adelante una recrudescencia, se puede repetir esta emisión sanguínea al cabo de dos ó tres días; pero, por regla general, es suficiente una sola aplicación de sanguijuelas.

Después de esta sangría local se procederá á la aplicación de *cataplasmas calientes laudanizadas*, si se trata simplemente de apendicitis parietal, ó á la aplicación de una *vejiga de hielo* si persiste algo intensa la reacción local y va acompañada de vómitos.

A esto debe limitarse la medicación local. No aconsejamos las embrocaciones de *ungüento napolitano*, porque nos parecen inútiles y

además exponen al enfermo á los accidentes de la hidrargiria cutánea ó bucal, que, sin provecho alguno, complican la situación.

En cuanto al *vejigatorio*, debe ser rechazado en absoluto, ya que con él se abriría la puerta á los microbios piógenos y á la erisipela.

B. — CALMANTES

Las sanguijuelas y el hielo obran por lo menos tanto como calmantes, cuanto como antiflogísticos; pero los dolores y los cólicos son á veces tales, que se impone el uso de un calmante más inmediato. En este caso, no debe vacilarse en administrar una ó varias *inyecciones de morfina*, las cuales bastan, en ocasiones, sobre todo en los nerviosos y en los histéricos, para dominar la violencia inicial de los fenómenos dolorosos, que puede inducir á creer en la existencia de una peritonitis difusa cuando sólo se trata del peritonismo.

En este punto plantéase la cuestión del empleo del *opio*, que algunos preconizan hasta convertirlo en el verdadero remedio de la apendicitis: el opio, dicen, calma los dolores, inmoviliza el intestino y se opone á la extensión de la peritonitis, y por consiguiente, hay que administrarlo á grandes dosis durante todo el período agudo.

Nosotros nos oponemos absolutamente al uso del opio por las razones siguientes:

1.° Si se administra para calmar los dolores, consideramos preferible al opio la morfina, cuya acción es más rápida y más segura.

2.° Si se da para contener la peritonitis y obedecer á la tradición, es preciso antes demostrar que en favor de esta tradición están la razón y los hechos. Pues bien, prácticamente dudamos de que pueda citarse un solo caso que pruebe que la peritonitis ha sido contenida ó modificada por el opio. Y teóricamente, si se quiere razonar su acción inhibitoria, creemos que con más justicia podría sostenerse que el opio, al paralizar la tonicidad nerviosa y la actividad celular, deja el campo libre á la invasión de los microbios, favoreciendo con ello, más bien que limitándolo, el desarrollo de la peritonitis.

3.° Además, si en las formas benignas se agrega al estreñimiento habitual de la enfermedad el estreñimiento debido al opio, se aumentan y se prolongan el timpanismo y la sensación de tensión y sufrimiento sordo abdominal, que desaparecerían rápidamente con la administración de un purgante.

4.° Por último, y este es nuestro argumento principal contra el empleo del opio, las fuertes dosis de extracto tebaico, adormeciendo dema-

siado completamente la reacción del individuo, crean una calma engañadora, que puede inducir al médico á error, y transformar, bajo la influencia del embotamiento opiado, una apendicitis franca en una de esas formas insidiosas, cuyos temibles efectos no se tocan hasta que es ya demasiado tarde para combatirlos.

Por consiguiente, el opio nos parece no sólo inútil sino peligroso, lo mismo en las apendicitis simples, que en las apendicitis con peritonitis. No condenamos el uso de *cataplasmas laudanizadas* ó la administración de pequeños *enemas* con algunas gotas de láudano para moderar las contracciones dolorosas del intestino grueso; pero rechazamos el empleo del extracto tebaico á grandes dosis como tratamiento sistemático de la apendicitis.

C. — EVACUANTES

La cuestión de los *purgantes* es el reverso de la medalla de la cuestión del opio. Los purgantes eran la base del tratamiento de la antigua tiflitis: para desobstruir el ciego, para deshacer la famosa «morcilla cecal» formada, según se creía, por el estancamiento de las materias fecales, no vacilaban los médicos en prescribir hasta el aceite de crotón. En la actualidad, el temor de la perforación apendicular ha hecho incurrir en el exceso opuesto, y los cirujanos y aun algunos médicos, no sólo no quieren que se purgue al enfermo, sino que sientan como principio la inmovilización del intestino hasta el estreñimiento absoluto.

En nuestro concepto no cabe discutir la obligación formal de abstenerse de todo purgante en los comienzos de una apendicitis, porque en aquel momento no se puede saber si la apendicitis será ó no perforante, y por consiguiente el purgante, al excitar las contracciones del intestino, sólo podría ser de efectos perniciosos, pudiendo favorecer la perforación, si ésta no existe, y agravando sus consecuencias si existe. No menos absoluta es la contraindicación cuando, al cabo de algunos días, se tiene la seguridad del diagnóstico de peritonitis difusa ó de peritonitis supurada. En este caso, si no se opera desde luego, la única indicación es favorecer la formación de adherencias inmovilizando el intestino, y en estas condiciones, no se debe recurrir á los purgantes, como no se recurre, según expresión de Richardson, á ellos en las heridas del intestino producidas por arma de fuego.

Pero generalizar esta fórmula aplicándola á todas las formas de apendicitis nos parece cosa contraria á lo que resulta de la observación de los hechos. Cuando, merced á la aplicación de sanguijuelas y de hielo, han

disminuído, al cabo de cuatro ó cinco días, los fenómenos inflamatorios iniciales, hemos visto siempre que la administración de un purgante completaba este efecto y determinaba un manifiesto alivio en el estado general y local del enfermo.

Por todas estas razones proscribimos el uso de los purgantes en los comienzos de toda apendicitis; pero en las apendicitis parietales y plásticas, en cuanto se ha calmado el período inflamatorio y doloroso, parécennos aquéllos perfectamente indicados para vaciar el intestino dilatado por las materias y los gases. Y como no se trata más que de desobstruir el conducto, sólo debe recurrirse á los purgantes suaves, *aceite de ricino, calomelanos,* pudiendo administrarse más adelante los *salinos* á fin de acabar de limpiar el tubo digestivo.

No creemos en la utilidad de los antisépticos intestinales que, como el *salol,* el *betol* y el *naftol,* no hacen más que irritar el estómago y mantener el empacho gástrico.

D.—REPOSO ABSOLUTO EN LA CAMA

Esta prescripción, á pesar de su aparente banalidad, es una de las que con más rigor ha de ordenar el médico, el cual debe tener siempre presente que la apendicitis es una afección con recrudescencias y que éstas son posibles mientras la curación no es perfecta, y pueden traer consecuencias á veces más temibles que el primer ataque y en algunos casos hasta mortales. Siempre son las apendicitis mal atendidas ó consideradas demasiado pronto como curadas las que dan lugar á esas catástrofes, en las cuales se ve morir repentinamente de peritonitis difusa á un enfermo que poco tiempo antes había sido tratado sin gran convicción como atacado de una crisis ligera de apendicitis ó, á menudo, de una pretendida indigestión. Los intervencionistas á todo trance apresúranse á deducir de estos hechos la justificación de la operación hecha en seguida ó de la resección preventiva del apéndice en todos los casos; pero, en nuestro concepto, lo que de ellos se desprende es simplemente que no se ha observado el tratamiento médico y que éste debe observarse tanto más escrupulosamente cuanto más benigna sea en apariencia la apendicitis.

La permanencia en la cama con el menor movimiento posible debe prolongarse mientras el apéndice se mantenga doloroso al tacto. En el caso en que se compruebe en la fosa ilíaca la existencia del pequeño tumor prolongado que forma el apéndice inflamado, la desaparición progresiva del mismo debe servir de guía, no pudiendo considerarse como curado el enfermo en tanto que dicho tumor exista. En las apendicitis

parietales, en las que generalmente no hay más guía que el dolor á la presión, este dolor puede desaparecer con bastante rapidez, mas no por esto debe apresurarse el médico á permitir que el enfermo se levante; antes al contrario, aun después de haber desaparecido el dolor por completo, sobre todo en las formas benignas, es preciso que el enfermo permanezca ocho ó diez días más en la cama. En las apendicitis plásticas, la duración total de la permanencia en la cama es, por término medio, de un mes á cinco semanas, pero hay casos en que es preciso prolongarla por espacio de dos meses y aún más.

E.—ALIMENTACIÓN Y DIETA LÍQUIDA

La alimentación ha de ser objeto de cuidados no menos minuciosos. Los vómitos y el empacho gástrico que acompañan á la enfermedad en sus comienzos no permiten que el enfermo tome otros alimentos que la leche, caldo y bebidas gaseosas ó heladas. Este régimen líquido debe prolongarse durante todo el período agudo y por el mayor tiempo posible, no consintiéndose la alimentación sólida hasta que haya desaparecido todo dolor, y aun entonces esa alimentación habrá de darse en una forma fácilmente asimilable: purés de carne ó de legumbres, huevos, pescados á la parrilla. Después se volverá progresivamente al régimen ordinario, sin olvidar que una comida demasiado copiosa ó un manjar indigesto pueden provocar una recrudescencia aguda del mismo modo que cualquier movimiento intempestivo.

Pronto veremos si puede encontrarse en el régimen alimenticio un medio preventivo contra la apendicitis.

F.—CONCLUSIONES

Tales son las reglas que ha de observar el médico en el tratamiento de las apendicitis agudas, que entran en el cuadro de las que nosotros denominamos apendicitis médicas. ¿Pueden aplicarse estas reglas á las formas quirúrgicas con peritonitis difusa ó supurada? Sí, hasta cierto punto y durante un primer período que cabe llamar de incertidumbre. Entre el momento en que se declara la apendicitis y el en que se puede afirmar la supuración ó la generalización de la peritonitis transcurre un lapso de tiempo, variable según los casos, durante el cual necesariamente se vacila acerca de la evolución ulterior de la enfermedad. En esta fase inicial, no vemos más indicación que poner en práctica los medios antes propuestos, no para impedir la supuración, en caso de que haya de producirse, sino

para intentar limitar la inflamación serosa y contenerla en las inmediaciones del apéndice.

El empleo de las *sanguijuelas* y de la *vejiga de hielo* es, por consiguiente, racional al principio de toda apendicitis aguda, cualquiera que haya de ser su curso ulterior. No aconsejamos el opio por las razones anteriormente expuestas, y en cuanto á los purgantes, no deben usarse mientras no esté claramente indicado el descenso de la inflamación.

Generalmente entre el sexto y el octavo día debe el médico saber á qué atenerse respecto de la existencia de una peritonitis plástica y reabsorbible ó de una supuración más ó menos extensa, siendo preciso que no se deje engañar por el período de calma pasajera que en tal momento se presenta; que no crea que se trata de la suspensión definitiva de un acceso de simple peritonitis fibrinosa, cuando se trata únicamente de la limitación de una peritonitis supurada que tiende á circunscribirse. Es imposible dar reglas exactas sobre este particular: el aspecto y la inspección del enfermo enseñan más que todas las descripciones. Existen ciertamente algunos casos en los cuales desde el segundo ó tercer día puede afirmarse resueltamente la perforación con todas sus consecuencias; pero hay otros, mucho más raros, en los que ni siquiera al cabo de doce ó quince días se sospecha apenas la verdadera naturaleza de los accidentes. Sin embargo, en la inmensa mayoría de ellos, puede admitirse que la duración media del período de incertidumbre no excede de seis á ocho días, pasados los cuales ha de saberse si el tratamiento médico bastará para obtener la curación ó si será preciso recurrir al cirujano y discutir con él el momento oportuno de la intervención.

III

Intervención quirúrgica en las formas agudas

Punto es éste sobre el cual todavía se discute, aunque preciso es confesar que esta discusión se sostiene mucho más en las academias que en la práctica. En realidad, la mayor parte de los cirujanos están de acuerdo acerca de que la presencia del pus es la verdadera indicación operatoria, y sólo difieren en la necesidad ó utilidad de la intervención más ó menos precoz.

Podemos, pues, eliminar, sin insistir en ellas, las dos opiniones extremas: la de la intervención inmediata en todos los casos, desde que se formula el diagnóstico de apendicitis y sea cual fuere la forma de ésta,

y la de la intervención tardía ó aplazada hasta la formación de una colección purulenta indiscutible.

La primera opinión es la que sostienen algunos cirujanos americanos, que quieren que se extraiga el apéndice dentro de las veinticuatro ó cuarenta y ocho primeras horas á pretexto de que siempre es posible una perforación; pero dado que la mayoría de las apendicitis se curan simplemente con el reposo en la cama, esa opinión nos parece tan razonable como la que aconsejara la amputación de un dedo en todos los casos de panadizo á pretexto de que éste puede complicarse con un flemón difuso.

La segunda opinión es la que prevalecía antes de la publicación de la memoria de Federico Treves en 1887 sobre el tratamiento quirúrgico de la tiflitis, y expone á todas las complicaciones que antiguamente hacían tan grave el pronóstico de la peritiflitis supurada. Esta opinión no es admisible hoy día, conociendo como conocemos el mecanismo de las inflamaciones periapendiculares, y debe ser condenada definitivamente y sin apelación.

La cuestión está circunscrita á estos dos puntos:

¿Debe intervenirse sistemáticamente de una manera precoz en todos los casos de apendicitis aguda?

¿Debe intervenirse sólo oportunamente, *timely*, como dicen los americanos?

En otros términos: la intervención ¿ha de ser sistemática ó razonada?

A. — INTERVENCIÓN SISTEMÁTICAMENTE PRECOZ

Los partidarios de la intervención sistemática no justifican su opinión más que por el desconocimiento de la frecuencia y aun de la existencia de las formas médicamente curables. En presencia de los síntomas de una peritonitis aguda apendicular, raciocinan y obran como si esta peritonitis hubiera necesariamente de supurar ó de generalizarse: no tenemos, dicen, ningún medio para distinguir estas pretendidas apendicitis médicas de las apendicitis supuradas ó con peritonitis difusa, y desde el momento en que reconocemos la existencia de la peritonitis, nunca será la operación demasiado pronta para impedir que aquélla se extienda.

Pero á esto respondemos que precisamente esperando algunos días se consigue fácilmente establecer esta distinción que niegan los intervencionistas demasiado precipitados y que, por otra parte, debería demostrarse que esta precipitación operatoria empieza por ser útil y nunca es perjudicial.

Pues bien, la experiencia demuestra que la intervención precoz no produce buenos resultados en los únicos casos en que estaría razonablemente indicada, es decir, en las apendicitis sobreagudas con peritonitis difusa. Hemos citado los dos casos de Richardson, operados el uno á las seis horas y el otro á las dos y media de haberse iniciado los accidentes: ambos enfermos murieron, uno treinta y seis y el otro veintisiete horas después de la operación con una peritonitis generalizada. Estos hechos dicen bastante acerca de la utilidad de la intervención.

En cuanto al peligro, ningún cirujano niega que la circunstancia de operar en pleno choc abdominal es la condición más desfavorable para el buen éxito de la operación. Siendo esto así ¿cómo responder de que interviniendo en todos los casos en pleno estado agudo no se transformará en peritonitis general mortal un cierto número de peritonitis que se habrían curado con sólo haber diferido algo la operación y quizás sin necesidad de acudir á ésta? Cuando se comparan las estadísticas quirúrgicas, que acusan una mortalidad de 20 á 28 por 100 para los casos operados, con las estadísticas médicas, que no dan más que de 10 á 13 por 100 para los casos no operados, no puede uno menos de pensar si la intervención del bisturí tendrá algo que ver con esa diferencia de más de la mitad. Sostener que ese aumento se debe á que la intervención no ha sido bastante pronta, resulta una paradoja desde el momento en que las cifras demuestran que la mortalidad es menor en los casos en que no ha habido intervención quirúrgica.

De modo que ni los hechos considerados en sí mismos, ni los resultados tomados en junto, justifican la intervención sistemática precoz, que no salva á los que querría salvar y en cambio compromete la curación y la existencia de los demás. El hecho de que existan formas casi fatalmente mortales de apendicitis perforante, no autoriza al médico á basar su conducta en estas excepciones ni á exponer, para salvar al 10 por 100 de los casos (que, por otra parte, no se salvan), á los noventa restantes, á los peligros de una laparotomía hecha en plena peritonitis aguda.

Bajo todos conceptos vale más esperar, y si el enfermo sucumbe, no se diga que ha muerto por haberse retardado la operación ya que, aun habiéndolo operado antes, no por esto se habría salvado y probablemente habríase precipitado el fatal desenlace.

La intervención sistemáticamente precoz, la intervención ciega, debe ser rechazada; la intervención razonada, paacticada en tiempo oportuno, es la única conducta racional. Hay casos en que ha de ser precoz; pero hay otros en que puede hasta cierto punto retardarse. En ésta, como en todas

las operaciones, es necesario esforzarse en precisar las indicaciones y las contraindicaciones.

B. — INTERVENCIÓN RAZONADA Y EN TIEMPO OPORTUNO

La intervención razonada, como las mismas palabras lo indican, no puede sujetarse á una regla absoluta: el criterio del médico y del cirujano debe guiarse por el curso de la enfermedad. A lo más podría decirse con Treves que, por lo general, no se ha de operar antes del quinto día; pero esta misma regla exige ser comentada y explicada, quedando siempre por determinar, según los casos, el momento más favorable para obrar.

Desde este punto de vista hay que distinguir entre las apendicitis perforantes sobreagudas con peritonitis difusa ó general y las apendicitis agudas con peritonitis purulenta localizada.

1.° Apendicitis sobreagudas

La apendicitis sobreaguda da lugar á dos clases de peritonitis, una especialmente séptica y tóxica y otra especialmente purulenta: la primera mata irremisiblemente antes de que termine la primera semana, lo mismo si se opera que si no se opera; el término de la segunda, si no se opera, es igualmente fatal, pero no tan pronto. De 98 casos reunidos por Fitz de apendicitis perforante terminados por la muerte dentro del primer septenario, en 60 la muerte sobrevino entre el segundo y el quinto día, y en 38 en el sexto y el séptimo. De manera que si se quiere hacer la operación es preciso apresurarse á practicarla: la cuestión está en saber si debe operarse y si la operación puede reportar algún beneficio.

Si con seguridad pudieran distinguirse las dos variedades de peritonitis y reconocer desde el primer día la forma séptica difusa, podrían dictarse las reglas siguientes:

O abstenerse en absoluto, por ser la muerte inevitable;

O en el caso de no querer privar al enfermo de la única probabilidad de salvación, por pequeña que sea, intervenir inmediatamente dentro de las primeras veinticuatro ó cuarenta y ocho horas, después de haber combatido el colapso por medio de todos los estimulantes internos ó externos de que disponemos.

Por desgracia, tal distinción es imposible antes del tercer día por lo menos. Los síntomas atribuídos á la peritonitis séptica, violencia del choc inicial, intensidad del colapso, enfriamiento de las extremidades, pequeñez del pulso, anuria, se observan también en el comienzo de la

forma purulenta, tanto si tiende como no á limitarse, y aun en las apendicitis simples en los individuos nerviosos é histéricos, especialmente en la mujer y el niño, en quienes el peritonismo histérico reproduce por completo todo el cuadro del colapso peritoneal. Lo que da valor diagnóstico á estos síntomas es no tanto su intensidad inicial cuanto su continuidad ó su agravación persistente.

Salvo algunos casos excepcionales, en los que se puede formar opinión dentro de las cuarenta y ocho horas, no podrá conocerse, por regla general, con certeza la gravedad real de los fenómenos peritoneales hasta el tercero ó cuarto día. En nuestro concepto, pues, cuando se presenten síntomas de una peritonitis aguda intensa, lo más prudente es no intervenir inmediatamente y esperar que la situación se precise.

Si se trata simplemente del peritonismo histérico, ocioso es insistir sobre las ventajas de la expectación, que á menudo hace innecesaria la operación.

Si se trata de una peritonitis difusa séptica, mejor sería en aquel momento no operar, mas difícilmente podrá negarse al enfermo esa última probabilidad de salvación.

Si se trata de una peritonitis purulenta general ó muy extensa, esta espera de algunos días, al mismo tiempo que evita al enfermo el peligro de una intervención en pleno choc abdominal, permite apreciar la tendencia progresiva ó regresiva de la inflamación peritoneal.

Desde el momento en que se manifiesta la progresión, confirmada por la agravación continua de los síntomas generales ó locales, es inútil toda tergiversación: la infección y el agotamiento del individuo hacen que cada día sean menores las probabilidades de éxito de la operación, probabilidades muy exiguas en tal circunstancia, pero que, á pesar de todo, existen, siempre y cuando la intervención sea en este caso suficientemente precoz. Según los casos, la operación puede venir indicada desde el tercero ó cuarto día, y en las peritonitis muy extensas ó extensivas, si el diagnóstico está claramente establecido, no ha de vacilarse en recurrir desde aquel momento al cirujano, sin tener en cuenta la regla negativa sentada por Treves, porque es muy probable que, pasado el quinto ó sexto día, sean casi nulas las probabilidades de éxito de la intervención. Añadiremos, aun cuando no hemos de tratar aquí de la cuestión técnica operatoria, que, en estos casos, debe practicarse la laparotomía media y no la incisión oblicua ordinaria de la apendicitis.

Pero si la peritonitis tiende á retroceder, si una ligera calma local va acompañada de una mejoría de los síntomas generales, no debe el médico apresurarse á operar, pues hay motivos para esperar que la infla-

mación peritoneal se limitará, ó por lo menos se tabicará, condición que favorece el éxito operatorio. Sin dejar de vigilar atentamente al enfermo y siempre dispuestos á intervenir á la menor exacerbación nueva, podremos esperar, porque el caso tiende á aproximarse á los casos de nuestra segunda categoría y á presentarse como una peritonitis localizada.

2 ° Apendicitis con peritonitis parcial

Ya hemos indicado la conducta que debe observar el médico en los casos de apendicitis con peritonitis parcial hasta el sexto ú octavo día. O desde los primeros días la apendicitis se presenta como una inflamación marcadamente limitada á la fosa ilíaca derecha, ó comienza con síntomas difusos que, á los dos ó tres días, se calman y más ó menos rápidamente se concentran y se localizan en el costado derecho. Sea cual fuere el principio, es imposible, en la inmensa mayoría de los casos, discernir antes del sexto ó del octavo día si la inflamación es plástica ó supurada. Cuando se ha hecho el diagnóstico de la supuración, ¿conviene operar inmediatamente ó contemporizar durante algunos días?

Creemos que esta contemporización relativa es las más de las veces ventajosa y que el momento más oportuno para operar está comprendido entre el octavo y el décimoquinto día, salvo en casos de indicaciones especiales y urgentes. En aquel momento el primer brote inflamatorio casi ha cedido, produciéndose una especie de calma casi apirética, que durante algunos días establece la transición entre la fiebre inicial y la fiebre secundaria de supuración. Esta espera favorece, además, la limitación del foco, su separación más completa de la gran cavidad peritoneal y la formación de adherencias más sólidas con la pared abdominal.

Operar antes es aventurar una operación inútil, puesto que el exudado peritoneal puede reabsorberse espontáneamente; es exponerse á infectar é inflamar la totalidad de la serosa, desde el momento en que las adherencias protectoras y aisladoras no están suficientemente formadas ó no son bastante resistentes. Esperar hasta más tarde es dejar, sin posibles beneficios, que el enfermo se agote y exponerle á una de esas complicaciones imprevistas, posibles siempre, que agravan bruscamente una afección, hasta entonces benigna, ó prolongan su duración indefinidamente.

En nuestro concepto, ésta es la fórmula más general de la indicación operatoria ordinaria, fórmula bastante comprensiva para englobar todos los casos de apendicitis parcial supurada, desde las grandes peritonitis purulentas que llenan la pequeña pelvis y se remontan al ombligo hasta

los pequeños abscesos exactamente limitados á la fosa ilíaca derecha. Cuanto más extensa sea la peritonitis y cuanto más tienda á aproximarse á los casos de apendicitis sobreaguda, tanto más rápida ha de ser la intervención; en cambio, cuanto más restringida y limitada á la fosa ilíaca, tanto menos inconvenientes tiene el esperar y dejar que se complete el enquistamiento del pus.

Se ha dicho que la intervención quirúrgica debía ser más precoz *en el niño* que en el adulto, por ser más rápida la evolución de la apendicitis infantil, mayor en ella la tendencia á la invasión general del peritoneo y más frecuentemente mortal su terminación. Lo que hay de cierto es que en el niño es más frecuente que en el adulto la forma perforante sobreaguda con peritonitis difusa, tal vez por la mayor longitud del apéndice y por su situación todavía próxima á la línea media. Mas no debe tampoco olvidarse que en el niño es en quien se observan esas formas muy agudas que se limitan á un brote brusco y extenso de peritonitis simple y se curan rápidamente con el tratamiento puramente médico, y que en él se observa también de un modo especial que la reacción nerviosa histérica simula una peritonitis aguda y hace creer, al principio, en la existencia de una forma grave cuando en realidad no se trata más que de una apendicitis simple ó plástica muy limitada con peritonismo exagerado.

No vemos, pues, razón alguna para alterar, cuando se trate de un niño, las reglas que hemos sentado acerca del momento oportuno de la intervención en el adulto:

Nunca inmediatamente;

El tercer día, lo más pronto, y el sexto, lo más tarde, cuando esté claramente establecido el diagnóstico de peritonitis purulenta general;

Del octavo al décimoquinto día en las formas circunscritas, cuando se tiene el completo convencimiento de que el exudado peritoneal no presenta tendencia alguna á la reabsorción.

Todo lo que cabe añadir es que, una vez adquirido ese convencimiento, vale más, cuando se trate de un niño, no diferir demasiado la incisión, por miedo de que un movimiento intempestivo pueda producir la ruptura del absceso en el peritoneo, cosa tanto más fácil cuanto en la edad infantil es muy difícil conseguir la inmovilidad absoluta en la cama.

3.° Apendicitis subagudas

Al lado de las formas sobreagudas ó agudas francas de la apendicitis, hay casos en los cuales, sea porque no se comprendió bien la enfermedad al principio, sea porque la evolución se realice sordamente, el pus

se acumula en la fosa ilíaca de una manera insidiosa y casi latente. En estas apendicitis sobreagudas, es inútil y peligroso entretenerse en un tratamiento médico que á nada responde: son formas exclusivamente quirúrgicas, en las cuales no se corre nunca el peligro de operar demasiado pronto, en cuanto se ha fijado el diagnóstico, porque éste es siempre tardío. Y en estos casos importa operar tanto más pronto cuanto que el pus tiende á infiltrarse sordamente hasta muy lejos y á producir en los músculos y en los tejidos inmediatos desórdenes á menudo irreparables.

IV

Tratamiento de la apendicitis crónica con recaídas

Ya hemos indicado anteriormente la necesidad de distinguir, desde el punto de vista clínico, las recidivas de la apendicitis aguda de las recaídas de la apendicitis crónica. No menos importante es esta distinción desde el punto de vista terapéutico. La posibilidad de las recidivas plantea el problema de la resección preventiva del apéndice de que luego hablaremos. En la apendicitis con recaídas, la resección del apéndice constituye, no una medida preventivas ino el único tratamiento efectivo y radical de la enfermedad.

Por no querer mantener esta distinción, renuévanse sin cesar las discusiones sobre la utilidad de este tratamiento propuesto por Treves en 1887, del que se ha hecho después tan extraño abuso, aplicándolo indistintamente á todos los casos de apendicitis á pretexto de posibles recidivas.

La apendicitis recurrente crónica es una forma especial en la que las recaídas sucesivas é incesantes están enlazadas con una lesión crónica y permanente del apéndice, engrosamiento fibroso de las paredes con obliteración más ó menos completa del conducto, ó, por el contrario, dilatación mucosa del divertículo, presencia de un cuerpo extraño, pequeño foco purulento yuxta-apendicular, y finalmente, sobre todo adherencias antiguas, resistentes, á veces en extremo densas, entre las cuales se encuentra englobado y aprisionado el apéndice. En esta forma, las recaídas no sólo son fatales y se repiten con muy cortos intervalos, sino que crean á la larga un estado crónico de padecimiento intestinal comparable á las consecuencias abdominales producidas en la mujer por una salpingitis ó una lesión persistente de los anexos. Cabe, hasta cierto punto, modificar este estado de padecimiento intestinal, y es posible, merced á un régimen severo y á medios médicos, hacer menos frecuentes las recaídas; pero de todos modos

este tratamiento no es más que un tratamiento paliativo. El único tratamiento curativo es, en nuestro concepto, el propuesto por Treves, la escisión del apéndice entre dos recaídas.

A. — TRATAMIENTO PALIATIVO

Pocas palabras diremos acerca de este tratamiento, que es el de la enterocolitis mucosa ó mucomembranosa con atonía gastro-intestinal. Sea la apendicitis crónica causa ó efecto de esta enterocolitis (y creemos que unas veces es causa y efecto otras), es innegable que la asociación de estos dos estados morbosos constituye la regla general en los individuos que padecen esta forma de apendicitis. Estos enfermos, en los intervalos de sus crisis apendiculares, sufren continuamente del vientre, tienen cólicos sordos, una tensión habitual del abdomen, un estreñimiento tenaz, unas veces paralítico con meteorismo y dilatación gaseosa del ciego y otras espasmódico, con retracción del colon; deposiciones dolorosas y formadas de materias endurecidas, mal trabadas, de escíbalos redondeados ú ovalados mezclados con flemas ó falsas membranas, y á menudo dilatación del estómago con bazuqueo gástrico. Las crisis de apendicitis, al repetirse, aumentan sin cesar las consecuencias de estos trastornos intestinales, pues los enfermos, sin atreverse á alimentarse ó digiriendo mal, temiendo ansiosos una recaída y presa de la neurastenia, que crea todo malestar abdominal persistente, pierden sus fuerzas, palidecen, enflaquecen, toman un color térreo y llegan á un estado de caquexia intestinal que acaba por darles todo el aspecto de individuos atacados de peritonitis tuberculosa ó de cáncer visceral.

El tratamiento de las recaídas ha de ser puramente *médico*. Las crisis pueden ser más ó menos intensas, más ó menos dolorosas, más ó menos prolongadas; pero rara vez producen consecuencias inmediatas alarmantes; la perforación es excepcional, y si se presenta, sus efectos están casi necesariamente limitados ó circunscritos por las adherencias ambientes que separan el apéndice de la cavidad peritoneal. Lo que hace graves las recaídas no es su intensidad sino su repetición y la frecuencia de los accesos.

Durante los intervalos, se aconsejará un *régimen alimenticio* severamente vigilado, no el régimen lácteo, que sólo es conveniente en las crisis agudas, sino la abstención de todo alimento indigesto ó de digestión difícil. Se combatirá el estreñimiento por medio de laxantes, *aceite de ricino* ó *calomelanos* á pequeñas dosis, ó 7 ú 8 gramos de *sulfato de sosa* en medio vaso de agua todas las mañanas, como prescriben Glénard y Lucas-

Championnière. Las grandes *lavativas de aceite de olivas* están también indicadas en el estreñimiento con espasmo cólico y son siempre preferibles á los lavados acuosos que provocan crisis de cólicos. Roux, de Lausana, aconseja el masaje y el ejercicio de la bicicleta, que también aprueba Championnière. No discutimos las ventajas del *masaje* contra el estreñimiento, pero sólo somos partidarios de él cuando la apendicitis se manifiesta por crisis muy ligeras y de corta duración; por poco que se sospeche que las recaídas se relacionan con la existencia de un pequeño foco purulento enquistado, creemos que es mejor abstenerse de practicarlo.

Lo mismo puede decirse de la *bicicleta*. Roux opina que el movimiento de los pedales constituye una especie de masaje propicio á la reabsorción del exudado: podrá ser así si el exudado es puramente plástico, pero si engloba un pequeño absceso, es de temer la rotura de alguna adherencia protectora. De todos modos, el ejercicio de la bicicleta, aun en los casos más benignos, debe ser muy moderado, porque cualquier fatiga basta á menudo para provocar una recaída.

También puede intentarse la acción médica por medio de las embrocaciones con *tintura de yodo* sobre el vientre, repetidas todas las noches ó una noche sí y otra no, y por medio de las aplicaciones de *puntos de fuego* en la fosa ilíaca derecha. Se protegerá el abdomen contra los enfriamientos, otra causa de recaídas, por medio de un cinturón de franela, y, por último, se podrá prescribir una cura en *Châtel-Guyon*, en *Plombières* ó en *Marienbad*.

Hay que confesar, sin embargo, que todos estos medios, aun cuando pueden aliviar los sufrimientos del enfermo y disminuir la frecuencia de las crisis apendiculares, son de resultados inciertos las más de las veces y aun nulos en los casos en que se toca claramente en la fosa ilíaca derecha un apéndice engrosado ó un exudado persistente. De aquí que los enfermos de apendicitis recurrente crónica, sobre todo cuando se trata de adultos obligados á trabajar para vivir, cansados y hastiados de los revulsivos, de los calmantes y de los purgantes que no producen alivio formal á sus males, acaben por pedir ellos mismos á la cirugía un tratamiento más radical.

B. — TRATAMIENTO CURATIVO

No hemos de vacilar en proponer ese tratamiento curativo, la escisión del apéndice, desde el momento en que una serie de recaídas reproducidas sin interrupción nos haya hecho adquirir la certeza de la existencia de una lesión persistente y crónica del apéndice. Pero una vez dado

este consejo, puede dejarse al enfermo tiempo para reflexionar. En efecto, por una parte no es peligroso el aplazamiento, y por otra no podemos afirmar que la operación, por benigna que sea, esté en absoluto exenta de peligros.

Treves no ha dejado de señalar las dificultades de la resección del apéndice. «Estas operaciones, dice, son delicadas, á menudo complejas y con frecuencia muy difíciles.» En muchos casos, el espesor de los tejidos y la rigidez y el número de adherencias llegan á tal extremo, que los mejores operadores se han visto obligados á interrumpir la operación, no sólo sin haber podido resecar el apéndice, sino que también sin haber logrado descubrir el órgano, perdido en medio de esas adherencias resistentes.

Por consiguiente, es preciso que se sepa:

1.° Que puede suceder que no se encuentre el apéndice;

2.° Que el operador puede verse obligado á renunciar á la resección del mismo;

3.° Que, aun no ofreciendo peligro de muerte, la operación no es absolutamente inofensiva, y que las probabilidades de un desenlace fatal son de cerca de 2 por 100, según la estadística de W. Bull;

4.° Que, finalmente, la eventración es una consecuencia posible de la incisión de la pared abdominal, sobre todo en los adultos.

Al enfermo, ó por lo menos á las personas que le rodean, se les debe hacer presentes estos riesgos operatorios: á aquél, tanto como al médico, toca pesarlos y compararlos con los riesgos y los inconvenientes de la lesión apendicular. Nosotros creemos que las vacilaciones del paciente no resistirán á la repetición de las crisis; pero de todos modos no se le ha de presentar la operación, en la inmensa mayoría de los casos, más que como una necesidad terapéutica y no como una necesidad vital.

En nuestro concepto, el médico sólo debe insistir de un modo más urgente en favor de la intervención, en las condiciones siguientes:

Cuando por el carácter de los accesos agudos ó por la comprobación de la existencia de una tumefacción persistente y dolorosa en la fosa ilíaca, tenga motivos para relacionar las recaídas con la existencia de un foco purulento yuxta-apendicular, más bien que con un engrosamiento del apéndice mismo;

Cuando la frecuencia de las recaídas, cada vez más inmediatas, y la gravedad de los trastornos intestinales intercalares provoquen un estado de desnutrición, de debilidad y de caquexia que, de prolongarse ó exagerarse, pudiera perjudicar el éxito de una operación demasiado retardada;

Finalmente, cuando la violencia y la duración de las crisis autoricen

el temor de que se forme una peritonitis plástica adhesiva que, de extenderse ó engrosarse, haría, en el caso de aplazarse demasiado la intervención, sumamente difícil, si no imposible, la escisión del apéndice.

Hechas estas indicaciones, cabe preguntar: ¿en qué momento conviene practicar la resección? La opinión de algunos cirujanos americanos que, por razones muy discutibles, proponían operar el primero ó el segundo día de la próxima recaída, no merece ya ser discutida, por haber sido aceptada unánimemente la regla formulada por Treves de operar en frío, en el intervalo de dos recaídas, cuando ha desaparecido todo síntoma inflamatorio. La estadística de W. Bull demuestra que entre 450 casos de apendicitis con recaídas operados en estas condiciones, sólo se cuentan 8 defunciones, ó sea una mortalidad de 1'77 por 100.

Una vez decidida la resección, el único momento conveniente para practicarla es, pues, el intervalo entre dos crisis, después de haber desaparecido por completo todos los fenómenos inflamatorios agudos.

V

Tratamiento preventivo de la apendicitis y de sus recidivas

¿Existe, propiamente hablando, un tratamiento preventivo de la apendicitis? Para prevenir la enfermedad sería necesario preverla, y para preverla sería preciso conocer exactamente sus causas y las condiciones que favorecen su desarrollo.

Pues bien, esta etiología está aún muy mal determinada. Las únicas nociones algo precisas sobre este particular son las siguientes. La apendicitis es frecuente sobre todo en la adolescencia y en los adultos jóvenes; el 70 ó 75 por 100 de los casos se observan entre los 10 y los 30 años. Es muy marcado también el predominio en el sexo masculino: según la mayoría de los autores, sólo 25 por 100 corresponden al femenino. Por nuestra parte, en 80 casos de apendicitis hemos observado una proporción de 65 por 100 de hombres y 35 por 100 de mujeres.

La estadística de Roux, de Lausana, ha puesto en evidencia otro factor, cuya importancia debe tomarse muy seriamente en cuenta desde el punto de vista profiláctico: este factor es la predisposición hereditaria ó familiar. Roux ha comprobado la influencia hereditaria en el 40 por 100 de los casos por él tratados. Esta predisposición á nuestro entender debe relacionarse con alguna mala conformación congénita del apéndice; pero es muy difícil decir cuál sea ésta dada la variabilidad de forma, de direc-

ción, de volumen y de longitud de este divertículo. El papel atribuído al artritismo nos parece inadmisible, porque el artritismo es un elemento etiológico tan banal en la clientela de una ciudad, como el alcoholismo en los enfermos de los hospitales, existiendo las mismas razones para hacer depender la apendicitis de uno ó de otro.

La existencia de trastornos intestinales anteriores, negada por unos y por otros exagerada, es indiscutible en un gran número de casos. Julio Simón había indicado la frecuencia de la colitis mucosa ó muco-membranosa en la apendicitis de los niños, y desde 1892 señalamos el papel que la colitis crónica seca ó viscosa desempeña en la etiología y en la patogenia de las crisis apendiculares. En los casos que hemos observado posteriormente, hemos encontrado veinticinco veces en ochenta, ó sea en la tercera parte de ellos, esta asociación de la colitis con la apendicitis. Este es también un elemento patogénico que debe ser tenido en cuenta.

Finalmente, se ha dicho que la inflamación del apéndice se observa sobre todo en los que comen mucho, y que una alimentación indigesta, con demasiadas especias ó demasiado azoada, crea una verdadera predisposición. De esta noción derivan las opiniones de Bouchard y Le Gendre sobre el papel que representa la dilatación del estómago, de Hayem sobre el de gastritis parenquimatosa y de Alberto Robin sobre el de la hiperestenia gástrica.

Pero ¿qué indicaciones preventivas podemos deducir de todas estas consideraciones etiológicas sino aconsejar á las personas que padecen de estreñimiento ó de colitis que cuiden del funcionamiento regular de su intestino, á los que comen mucho que moderen su apetito y á los que padecen del estómago que no se aparten de un régimen apropiado? Consejos muy prudentes sin duda alguna, pero que no es necesario dar en previsión de una apendicitis sino que de todos modos deben seguirse.

El hecho de que estos diversos factores etiológicos no se encuentran más que en el menor número de casos aumenta la banalidad de estas prescripciones profilácticas. Las más de las veces, y en particular en la forma más grave, la perforante aguda, la enfermedad estalla bruscamente, cuando la salud es más perfecta, sin que pueda descubrirse en los antecedentes del sujeto nada que la explique ó que la haga prever.

Por otra parte, no es así cómo se presenta la cuestión del tratamiento preventivo de la apendicitis: en realidad, esta cuestión no se plantea sino después de una primera crisis apendicular y se plantea en esta forma precisa:

¿Se debe ó no se debe aconsejar, después de un primer ataque de

apendicitis, la ablación del apéndice para prevenir todo peligro de un ataque ulterior?

Ya hemos discutido anteriormente los datos sobre los cuales es preciso basarse para responder á esta pregunta. Por muy frecuentes que sean las recidivas, no constituyen la regla general y sólo se presentan en la proporción de 30 á 35 por 100 de los casos. Todas las estadísticas demuestran que las probabilidades de perforación son indiscutiblemente menores en las recidivas que en el primer ataque, y esto en la proporción de 1 á 3. La gravedad de las recidivas está en razón inversa de la gravedad y del número de las crisis anteriores.

Esto nos autoriza para rechazar formalmente de una manera general la fórmula absoluta de los cirujanos americanos: «Todo apéndice lesionado una primera vez, debe ser extirpado;» y la rechazamos: 1.° porque casi en las dos terceras partes de los casos la curación es definitiva y la recidiva no sobreviene; y 2.° porque en los 30 ó 35 casos por 100 en que hay recidivas, únicamente la cuarta parte de éstas se presenta en forma grave ó seria.

Mas una vez sentada esta regla general, conviene concretar más la cuestión y tratar de precisar las condiciones que favorecen la gravedad de la recidiva posible. Ahora bien, ya hemos visto que esta gravedad está en razón inversa de la gravedad de la crisis anterior; por consiguiente, nuestra conducta ha de depender sobre todo de la forma clínica que haya revestido el primer ataque de apendicitis, y la indicación operatoria preventiva variará según que este ataque haya determinado un absceso localizado, una peritonitis plástica ó una simple inflamación parietal.

A. — LA PRIMERA CRISIS HA SIDO UNA APENDICITIS SUPURADA

En este caso se presentan dos alternativas: ó el absceso ha sido abierto por el bisturí del cirujano, ó se ha evacuado espontáneamente por el intestino.

1.° Si ha habido intervención quirúrgica, ó ésta ha sido completa con resección del apéndice ó los restos del apéndice gangrenado y amputado han sido eliminados con el pus, ó no se ha podido ver ó extirpar el apéndice.

En este último caso, una vez curado el absceso, ¿se debe volver á abrir el vientre para completar la operación? Parécenos esto poco prudente, en primer lugar, porque no se sabe con certeza que el apéndice no haya sido destruído, y en segundo, porque la experiencia demuestra que la apendicitis supurada no tiene generalmente recidivas. Y si por excepción

las tuviere, todo induce á creer que, dadas las adherencias múltiples que una inflamación supurada ha debido provocar, la recidiva no se produciría, aun suponiendo lo peor, más que en forma de absceso localizado, y siendo esto así, cuando se presentara este segundo ataque, habría tiempo sobrado para practicar una operación más completa y para ir en busca del resto de apéndice ó del cuerpo extraño que mantuviera la supuración.

2.° La conducta del médico debe ser la misma en presencia de una apendicitis supurada abierta espontáneamente en el intestino. Si por el examen atento del recto y de la fosa ilíaca se adquiere la certeza de que la curación es completa, de que no existe infiltración profunda, ni fístula intestinal, no cabe aconsejar ó practicar la resección, porque todas las probabilidades son de que no se producirá la recidiva y, en caso de que se produzca, lo peor que puede suceder es que se forme un nuevo absceso que permitirá entonces una intervención completa.

Por consiguiente, nada de resección preventiva después de una primera crisis de apendicitis supurada, que es en sí misma una garantía cuando menos contra la gravedad de las recidivas.

B. — LA PRIMERA CRISIS HA SIDO UNA APENDICITIS PLÁSTICA

En este caso, no ha habido intervención quirúrgica y la apendicitis se ha curado por la expectación y por los medios médicos.

Si la resolución y la reabsorción del exudado plástico se han realizado completa y rápidamente en veinte ó veinticinco días, parécenos contraindicada la resección después de la primera crisis:

1.° Porque la curación de una peritonitis no es probable sin la formación de bridas ó adherencias que obstruyen el apéndice ó cuando menos lo aislan de la gran cavidad peritoneal, limitando de este modo las consecuencias de una perforación en el caso de que ésta se produjera;

2.° Porque no siendo de temer la perforación mortal, los únicos riesgos que corre el enfermo en caso de recidiva son, en la alternativa peor, una perforación limitada con supuración circunscrita, y en la gran mayoría de los casos un nuevo ataque de peritonitis plástica ó algunas crisis de apendicitis simple;

3.° Porque la repetición de estas crisis, si es que se repiten, no producen más consecuencia funesta que una apendicitis crónica con recaídas, que habrá siempre tiempo de remediar por medio de una cura radical.

4.° Porque, dada la incertidumbre en que nos dejan necesariamente estas diversas eventualidades, y teniendo en cuenta que las probabilidades

de curación, después de la primera crisis, son muchas más que las de recidiva, debemos lógicamente abstenernos y esperar.

Mas no sucederá lo mismo si, después de seis semanas ó dos meses de permanencia en la cama, la reabsorción del exudado inflamatorio tiende á pararse y si se sigue percibiendo en la fosa ilíaca una tumefacción endurecida, más ó menos extensa, fija ó móvil, y dolorosa. En este caso, hay que suponer ó que el exudado engloba un pequeño foco purulento que no desaparecerá espontáneamente, ó que persiste en la misma apendicitis un estado de inflamación subaguda, dispuesto siempre á exacerbarse. Cuando esto sucede, no debe considerarse al enfermo como curado y casi puede tenerse por seguro que una recidiva, que aquí merecería más bien el nombre de recrudescencia aguda, no tardará en presentarse en cuanto el enfermo vuelva á sus ocupaciones ordinarias.

En estas condiciones, está claramente indicada la resección preventiva, que entonces resulta ser al mismo tiempo una operación curativa, valiendo más operar inmediatamente en este período de calma relativa, durante el cual la intervención es casi inofensiva, que no dejar al enfermo expuesto al peligro de una recidiva que de continuo le amenaza.

C. — LA PRIMERA CRISIS HA SIDO UNA APENDICITIS PARIETAL SIMPLE

Este es el lado más delicado del problema, el que debe resolverse con mayor prudencia. El aconsejar la resección preventiva del apéndice después de una simple crisis de cólico apendicular, puede parecer paradójico; y sin embargo, discurriendo lógicamente, ésta es la conclusión que rigurosamente se deduce de la regla antes sentada de que la gravedad de las recidivas está en razón inversa de la gravedad de las crisis anteriores. Pero la medicina no es una ciencia exacta, y en la práctica no deberemos mostrarnos más rigurosos que los hechos.

Ahora bien, si es cierto que la apendicitis, cuanto más ligera y superficial es tanto menos modifica las condiciones normales del apéndice, y por consiguiente, las probabilidades de una perforación mortal; si es asimismo cierto que en los antecedentes de los individuos que sucumben á una apendicitis sobreaguda, cuando hay crisis anteriores son precisamente las formas benignas y ligeras las que preceden á la crisis fatal; no es menos cierto también que estos casos se presentan como excepciones con relación al gran número de casos observados y que, en realidad, una apendicitis leve no crea, por lo general, ningún peligro nuevo y deja simplemente al individuo en el estado en que se encontraba antes de la crisis apendicular.

Es preciso, pues, considerar una primera crisis de este género como lo que realmente es, como una advertencia cuyo valor hay que apreciar, según los casos, sin deducir de ella consecuencias extremas.

Ahora bien, si no podemos afirmar con las mismas probabilidades de acierto que en las apendicitis plásticas y supuradas, que la próxima crisis no será mortal, tampoco podemos asegurar que lo será, y siempre nos quedan en favor de la negativa dos elementos que conservan todo su valor: de un lado, la débil proporción de los casos de apendicitis con desenlace fatal comparados con la gran proporción de los que se curan con ó sin intervención, y de otro la probabilidad mayor de la no recidiva que de la recidiva.

De modo que si no interviene ningún otro elemento para hacer inclinar la balanza hacia el lado malo, creemos que, sin perjuicio de darse por advertido, no se debe recurrir á medidas extremas, y que, si al cabo de algunos días, el apéndice no es sensible á la presión, es preciso disuadir de toda operación preventiva, sobre todo si se trata de un adulto capaz de observarse y vigilarse.

Cuando se trata de un niño, impónese mayor reserva en presencia de una primera crisis de apendicitis ligera ó de cólico apendicular, porque el niño está indudablemente más expuesto que el adulto á la perforación, probablemente á causa de la mayor susceptibilidad de su tejido linfoide, el cual, en el apéndice como en todas partes, opone menos resistencia á la invasión de los microbios. Aun después de la curación aparente de la crisis aguda, puede seguir realizándose un trabajo sordo y latente de ulceración en las paredes del divertículo que produzca bruscamente una perforación. Por otra parte, en la edad infantil, es casi imposible evitar las imprudencias bromatológicas ó de otro género, tan comunes en la infancia.

Cuando el diagnóstico es exacto y no se toma por apendicitis una crisis aguda de colitis mucomembranosa predominante á la derecha ó una indigestión en un histérico con hiperestesia de la zona histerógena derecha, por muy benigna que haya parecido la apendicitis, el médico debe exponer claramente la situación á la familia y salvar, en caso necesario, su responsabilidad consultando con otros colegas. Y á poco que los padres se muestren inclinados á la resección preventiva, no se ha de insistir mucho en disuadirles de su idea y, al contrario, debe dejarse que la operación se haga. Es más, precisa aconsejar la operación: 1.° si al cabo de un mes de cama subsiste todavía una sensibilidad apreciable á la presión profunda del apéndice; 2.° si durante este período de reposo en el lecho se han producido una ó dos ligeras recrudescencias. En ambos casos

se ha de pensar que el proceso que ha dado lugar á la primera crisis no se ha extinguido, y siendo esto así, la resección es el partido más prudente que puede adoptarse.

Hay otra condición, de carácter etiológico, que ha de hacer cesar toda vacilación y plantea claramente la indicación de la resección preventiva, y es la coexistencia en una misma familia de uno ó varios casos de apendicitis.

Especial gravedad reviste la apendicitis familiar que, por razones no precisadas todavía, parece tener mayor tendencia que todas las demás á la perforación. Una simple crisis de cólico apendicular es, pues, en este caso una advertencia suficiente; y tratándose sobre todo de un niño, aunque también de un adulto joven, es preciso insistir, después de este aviso, en la necesidad de la ablación preventiva del apéndice.

En resumen, la cuestión de la resección preventiva preséntase en su forma más urgente, sobre todo después de una primera crisis ligera de apendicitis. En las demás variedades, plásticas ó supuradas, la resección no nos parece justificada, salvo en ciertos casos que antes hemos determinado. De todos modos, cuando se han pesado bien todas las circunstancias y se ha adoptado con perfecto conocimiento de causa la resolución de operar, es necesario proceder á la operación inmediatamente, practicándola en frío un mes ó seis semanas después del primer ataque. Esperar una segunda crisis para decidirse, como aconsejan algunos, nos parece ilógico, porque ó las indicaciones de la resección existen después del primer ataque, en cuyo caso no vemos la ventaja de exponer al enfermo al peligro de la perforación, que por muchas razones podemos temer, ó estas indicaciones no existen, y la curación de una segunda crisis, al justificar el primer pronóstico, no puede ni debe hacer otra cosa que confirmar la inutilidad de la operación.

CAPÍTULO XXXVI

TRATAMIENTO DE LAS HEMORRAGIAS INTESTINALES

POR

A. MOSSÉ

Profesor de la Universidad de Tolosa

TRADUCCIÓN DEL DR. D. JOSÉ GÓNGORA

I

Consideraciones generales

Las causas de las hemorragias intestinales son muy numerosas y de muy diferente valor semiológico. Raras veces primitivas (hemorragias por heridas penetrantes, rasgaduras de la mucosa por cuerpos extraños, etc.), generalmente sobrevienen las hemorragias intestinales en el curso de una afección local del intestino, de una intoxicación, de una enfermedad general aguda ó crónica. Son frecuentes en las enfermedades infecciosas que provocan la ulceración de las paredes intestinales: en estos casos, en efecto, la enterorragia puede presentarse como accidente especial, aislado, ó resultar de la localización en el intestino de un proceso hemorragíparo generalizado que individualiza determinadas formas malignas de la infección.

Desde el punto de vista de las indicaciones terapéuticas, importa mucho, por consiguiente, que el diagnóstico etiológico siga muy de cerca al diagnóstico diferencial. En muchos casos, por otra parte, uno y otro casi parecen confundirse.

El médico llamado para asistir á un enfermo atacado de hemorragia intestinal, habrá de responder á dos clases de indicaciones:

1.° *Indicación sintomática.*—Contener la pérdida de sangre, y en los casos graves reemplazar el líquido perdido.

2.° *Indicación etiológica.* — Evitar la repetición de la hemorragia combatiendo sus causas.

Es inútil añadir que ulteriormente, como después de toda pérdida sanguínea, habrá de establecerse un régimen reparador de las pérdidas experimentadas por el organismo.

La segunda indicación corresponde al tratamiento de la enfermedad general ó local que provoca la evacuación de la sangre, y acerca de ello no habremos de insistir, porque es materia estudiada en diversos capítulos de esta obra (1).

En el presente nos ocuparemos especialmente de los medios de atender á la primera indicación, es decir, de *asegurar la hemostasia* y de *combatir*, si es preciso, *los efectos inmediatos de la pérdida sanguínea*. Pero antes recordemos las siguientes nociones de semiología.

1.° La hemorragia intestinal puede ser exclusivamente interna.

2.° La evacuación de sangre por el ano (melena) no es siempre sintomática de una enterorragia, pues puede provenir de una gastrorragia, ó ser residuo de una epistaxis, de una hemoptisis, etc., una parte de la cual ha sido deglutida en vez de seguir la vía de expulsión natural.

3.° La sangre que se evacúa por el extremo terminal del intestino, tanto más negra y descompuesta cuanto más elevada es la región de donde procede y cuanto más tiempo ha permanecido en el tubo digestivo, puede ser encarnada, rutilante cuando proviene de los vasos inmediatos al ano, ó cuando es muy abundante y su expulsión es inmediata.

II

Tratamiento de la hemorragia. Indicaciones urgentes

Los elementos de las indicaciones se deducen del valor semiológico del síntoma mismo y de las circunstancias generales que á éste acompañan. Todos los casos caben dentro de una de las tres categorías siguientes:

1.° Hemorragia insignificante ó leve;

2.° Hemorragia de intensidad mediana;

3.° Hemorragia grave.

A. —HEMORRAGIAS LEVES

Las pérdidas de sangre muy poco abundantes no exigen un tratamiento especial, y pueden ser descuidadas cuando la salud general es buena. Por otra parte, el enfermo no consulta con el médico más que en

(1) Véase Tratamiento: FIEBRE TIFOIDEA; HEMORROIDES; DISENTERÍA; ESTREÑIMIENTO CÁNCER DEL INTESTINO; ENFERMEDADES DEL HÍGADO; CIRROSIS; ENFERMEDADES INFECCIOSAS; INTOXICACIONES; etc.

el caso de que se reproduzcan con frecuencia, como sucede, por ejemplo, en el estreñimiento habitual, en los que padecen hemorroides (1), y algunas veces también en el período inicial de los tumores malignos. Todo individuo atacado de hemorragia repetida del segmento inferior del tubo digestivo ha de ser sometido al examen directo del ano y del recto.

En este punto el tratamiento sintomático se limita á algunas *irrigaciones* frías, astringentes, á la aplicación de *supositorios* estípticos, de *compresas* húmedas, etc. El verdadero tratamiento es el de la afección protopática.

Para contener y prevenir esas pérdidas de sangre, se recomendarán las siguientes precauciones:

1.° Facilitar las evacuaciones alvinas; evitar los esfuerzos que congestionan los plexos hemorroidales y pueden producir la aparición de la sangre (empleo de los ecbólicos, polvos y bebidas diluyentes, lavativas frías, lociones, irrigaciones rectales, laxantes suaves, etc.). Observar las reglas de higiene de los que padecen hemorroides.

2.° Probar de combatir la tendencia á la hemorragia por medio del *hamamelis* (tintura ó extracto), del *hydrastis canadensis* y del *capsicum*, remedios que á veces pueden ser útiles, pero en cuya eficacia no debe fiarse gran cosa.

3.° Calmar el dolor, que es bastante frecuente en estos casos, pero sin paralizar la acción de la túnica muscular *(opio, belladona,* á pequeñas dosis, y á veces *antipirina; tópicos cocainizados).*

4.° Impedir las fermentaciones anormales; absorber ó expulsar los gases que motivan la tensión abdominal y perturban el funcionamiento regular del intestino *(benzonaftol, magnesia, carbón,* en sellos, etc.).

B. — HEMORRAGIAS DE INTENSIDAD MEDIANA

Si la hemorragia es más considerable, el modo de intervención varía según la abundancia de la evacuación y la enfermedad que la motiva.

El color de las deyecciones hemorrágicas encarnadas, pardas ó negras «como resina, como pez» *(melena);* su consistencia más ó menos sólida, su olor, su mezcla con diversos residuos de la digestión, el aspecto de la ropa ensuciada (que es preciso hacerse enseñar siempre cuando no se ha podido recoger la sangre), dan idea de la naturaleza y de la residencia aproximada de la evacuación sanguínea. El estado general, el aspecto

(1) Véase nuestro artículo TRATAMIENTO DE LAS HEMORROIDES, tomo IV, cap. V. *Higiene de los hemorroidarios*, pág. 556. — Véase también el artículo ESTREÑIMIENTO, pág. 565 del presente tomo.

exterior del enfermo, las circunstancias que han precedido y acompañado la hemorragia, proporcionan asimismo datos complementarios de utilidad.

Cualquiera que sea la causa de la hemorragia, desde el momento en que ésta es bastante abundante, es preciso obligar al enfermo á que *descanse* en la cama, haciéndole guardar una posición estirada y aplicándole sobre el vientre *cataplasmas frías,* compresas empapadas en *agua fría* ó *helada,* ligeramente exprimidas y renovadas con frecuencia. La *vejiga de hielo,* sostenida por medio de un aro, de modo que no haga más que rozar la pared abdominal sin apoyarse en ella, presta también buenos servicios, sobre todo cuando la hemorragia coincide con amenazas de peritonitis. Por medio de revulsivos (ventosas secas, sinapismos), se procura desviar hacia las extremidades el movimiento fluxionario.

Las *irrigaciones rectales* de agua fría, pura ó adicionada con substancias antisépticas y estípticas *(sulfato de hierro, percloruro de hierro, agua de Léchelle, agua de Pagliari, antipirina),* ó también el *cocimiento de ratania,* de *hojas* ó *cortezas de hamamelis* ó de otras substancias vegetales ricas en tanino, están indicadas cuando la hemorragia procede de las regiones fácilmente accesibles, como la S ilíaca ó el recto. Es preciso proceder con mucho cuidado, á fin de no provocar una nueva evacuación que podría producirse separando de su sitio los coágulos ó imprimiendo al enfermo movimientos inútiles.

Interiormente se prescribirán bebidas frías, pedacitos de *hielo, limonada cítrica, jugo de limón, limonada sulfúrica* de la farmacopea (20 gramos de ácido sulfúrico diluídos al décimo por 1000 gramos de agua), el *agua de Rabel,* el *percloruro de hierro,* la *ergotina.*

Por ejemplo:

1.°	Agua de Rabel.	3 á 4 gramos
	Jarabe tebaico.	15 á 20 —
	Jarabe de café.	40 —
	Agua de azahar.	30 —
	Agua de tilo.	90 —

M. s. a. Tómese á cucharadas grandes durante el día.

2.°	Solución de percloruro de hierro á 30°.	XL gotas á 2 ó 3 gramos
	Jarabe de opio.	20 á 30 cent. cúb.
	Ron.	30 á 60 —
	Agua de azahar.	40 —
	Agua de tilo.	60 —

M. s. a. Una cucharada grande cada dos ó tres horas.

3.°	Ergotina.	4 gramos
	Jarabe de ratania. . . . . } aa.	20 cent. cúb.
	Jarabe de opio. . . . . }	
	Elíxir de Garus.	30 —
	Agua de azahar. . . . . } aa.	45 —
	Agua de tilo. . . . . }	

H. s. a. Tómese durante el día.

Mucho más raramente se recurre á la *ergotinina* que, no necesitamos decirlo, es el alcaloide cristalizado del cornezuelo de centeno, al paso que la ergotina no es más que un extracto hidroalcohólico. La ergotinina se prescribe á la dosis de un cuarto de miligramo á 1 miligramo (Solmon, Dupertuis, Dujardin-Beaumetz):

Ergotinina.	0 gr. 05
Acido láctico.	0 gr. 10
Agua destilada.	5 gramos
Jarabe de flor de azahar.	995 —

M. s. a. Cada cucharada contiene un cuarto de miligramo de alcaloide.

El *cornezuelo de centeno* recientemente pulverizado puede tomarse al natural: varias veces lo hemos visto recetar al doctor Combal y lo hemos recetado, á nuestra vez, en la forma siguiente en las hemorragias de la fiebre tifoidea:

Cornezuelo de centeno recientemente pulverizado. 1 á 2 gramos

Divídase en 4 ó 5 papeles: uno cada cuatro horas en agua algo azucarada.

Inmediatamente después de los polvos hágase tomar al enfermo en una cucharada de agua:

Solución normal de percloruro de hierro. . . VI á X gotas

La reunión de estos dos medicamentos nos parece útil. Aisladamente cada uno de ellos se recomienda como agente hemostático, y cada uno también ha sido recomendado en la fiebre tifoidea. Sabido es el valor que Duboué (de Pau) atribuía al centeno corniculado de *buena calidad* en el tratamiento de la dotienenteria. J. Simón preconiza el *percloruro de hierro* como hemostático en la fiebre tifoidea de los niños (1) y lo administra como reconstituyente aun en los casos en que no hay enterorragia. Esta complicación es, por otra parte, bastante rara en la fiebre tifoidea de los niños; sin embargo, hemos tenido ocasión de ver un caso muy grave en una niña de diez años que terminó por la curación.

Al lado del cornezuelo de centeno, de la ergotina, del ácido sulfúrico y del percloruro, medicamentos generalizados desde hace mucho tiempo, ¿debe ponerse también el *sulfato de sosa* á pequeñas dosis? Carecemos de experiencia personal respecto de este punto, y no sabemos si ha sido ensayado todavía como hemostático interno en las hemorragias intestinales. Sin embargo, los interesantes resultados clínicos y experimentos

(1) Julio Simón. — *Conférences thérapeutiques et cliniques sur les maladies des enfants*, tomo II, pág. 327.

comunicados por J. Reverdin al último Congreso de cirugía (1) señalan á la atención de los médicos el uso de este medicamento (0gr,10 cada hora) como hemostático interno. La inocuidad de esta medicación, los éxitos que con ella ha obtenido Reverdin en casos de hemorragias capilares graves espontáneas ó traumáticas, de menorragias y, por último, en un caso de hemorragia subcutánea rebelde, nos mueven á preguntarnos si debiera ensayarse por analogía en las hemorragias intestinales á fin de evitar, favoreciendo la coagulación de la sangre, que este incidente se repita.

También se ha acousejado el *benzoato de bismuto*, á dosis grandes, en las hemorragias intestinales de la fiebre tifoidea: si se hace uso de este medicamento no debe olvidarse que las sales de bismuto tienen la propiedad de ennegrecer las deyecciones.

Cuando está indicada la intervención rápida ó cuando existe intolerancia de estómago, pueden administrarse la ergotina y la ergotinina en *inyecciones hipodérmicas*. La solución titulada de ergotina, cada uno de cuyos centímetros cúbicos corresponde á 1 gramo de cornezuelo de centeno, ofrece una dosificación cómoda y los enfermos la toleran muy bien.

También se emplea á menudo la solución siguiente:

Ergotina.			2 gramos
Agua.	} aa. .	10 ó 15	—
Glicerina pura neutralizada. . . .			

M. s. a.

A Tanret se debe la siguiente fórmula de una solución de ergotinina para inyeciones hipodérmicas:

Ergotinina.	0 gr. 01
Acido láctico.	0 gr. 02
Agua destilada de laurel cerezo.	10 gramos

M. s. a.

1 centímetro cúbico corresponde á 1 miligramo de alcalcide, que se emplea á la dosis de un cuarto de miligramo á 1 miligramo.

Al mismo tiempo que se recurre á los hemostáticos, importa calmar los dolores que generalmente acompañan á la hemorragia, evitar los movimientos peristálticos y hacer descansar el intestino. Para obtener este

(1) M. Reverdin ha procurado determinar experimentalmente el modo de acción del sulfato de sosa. Administrado por ingestión á los animales (conejos, cobayos) con el alimento, parece que tiene por efecto hacer más rápida la coagulación de la sangre. Administrado por inyección subcutánea, no ha sucedido lo mismo en los experimentos del autor. De modo que, en clínica, sería preciso administrar el sulfato de sosa por la boca (C. R., *Congrès de chirurgie*, Octubre de 1896, *Revue de chirurgie*, 1896, pág. 813.

resultado se administra el *opio* bajo la forma de láudano ó de extracto tebaico. En los primeros momentos que siguen á la hemorrágia, las tomas serán muy frecuentes, dándose luego más de tarde en tarde de una manera progresiva, pero de modo que el tubo digestivo esté siempre bajo la influencia del opio.

En estos casos, prescribimos con frecuencia 10 píldoras de 1 centigramo de extracto gomoso, que se administran al enfermo á intervalos más ó menos cortos, según sea la indicación, de manera que tome toda la dosis ó sólo una parte de ella en veinticuatro horas. Al día siguiente se mantiene la prescripción ó se disminuye.

Si la hemorragia intestinal fuese acompañada de dolores intensos, deberán ser preferidas las *inyecciones hipodérmicas de morfina*, que obran más rápidamente que el opio y pueden darse simultáneamente con las inyecciones hipodérmicas de ergotina, puesto que estas dos substancias no son antagónicas, sino todo lo contrario.

C. — HEMORRAGIAS GRAVES

Desde el primer momento ó por sus repeticiones alarmantes, la hemorragia intestinal toma á veces un carácter seriamente grave y puede poner rápidamente en peligro la vida del enfermo.

En estos casos, los medios antes indicados pueden ser útiles, pero no son suficientes, puesto que es preciso, no sólo asegurar la hemostasia, sino también evitar los accidentes temibles que el descenso brusco de la tensión vascular y la semivacuidad del corazón y de los vasos hacen inminentes en plazo perentorio. Para realzar la tensión arterial y galvanizar la acción del músculo cardíaco y de los vasos que se contraen de vacío, prontos á pararse, surge una nueva indicación y es *devolver á la circulación el líquido vector que ha perdido*.

En primer término, se procurará oponer un obstáculo á la hemorragia por el empleo enérgico de los hemostáticos que acabamos de citar: *ergotina, ergotinina, percloruro de hierro, agua de Rabel, hielo*, sosteniendo al mismo tiempo el estado general por medio del *alcohol*, del *café*, de las inyecciones de *cafeína* y de *éter*. Como en las grandes hemorragias puerperales, se practica la *compresión de la aorta*, á fin de contener el aflujo sanguíneo y permitir que los medicamentos absorbidos hagan sentir sus efectos. Para facilitar la irrigación cerebral y evitar el síncope, se coloca la cabeza en declive ó hasta en inversión completa, y se aplican ligaduras en los miembros puestos en alto.

Hace pocos años todavía se recurría en los casos desesperados á la

transfusión venosa como remedio heroico en la anemia aguda posthemorrágica; hoy en día se procura *reemplazar la sangre perdida con un líquido inofensivo y conservador de los glóbulos rojos* que han quedado todavía en la circulación. De este modo el corazón no se contrae de vacío, la tensión vascular se realza y los glóbulos aportados al contacto de los elementos continúan sosteniendo la vida. Este es el método cuya potencia terapéutica en el cólera han demostrado los trabajos de Hayem.

El líquido mejor para esto es la solución esterilizada de *cloruro de sodio* á 7 por 1000, conocida con el nombre de *suero artificial,* por más que por su composición no merezca tal nombre (1). Esta solución es fácil de preparar y de esterilizar. En caso de necesidad urgente, puede echarse simplemente una cucharada de las de café de sal marina en un litro de agua hervida.

Para introducir en la circulación la cantidad de líquido necesaria, preconizáronse al principio las *inyecciones copiosas intravenosas;* pero este procedimiento tiene varios inconvenientes y exige aparatos y precauciones especiales, y de aquí que actualmente deba reservarse para los casos de extrema urgencia y de absoluta necesidad. En todos los demás casos, es preferible la *inyección subcutánea,* cuya técnica es mucho menos complicada y permite que el suero artificial penetre rápidamente en el medio circulatorio. Las observaciones y los experimentos de Faney llevados á cabo en el laboratorio de M. Dastre, han confirmado la opinión clínica que sobre este particular se abría ya paso (2).

Estas inyecciones subcutáneas deben practicarse con todas las precauciones asépticas realizables. El líquido se inyecta en una región en donde el tejido celular se deje distender fácilmente (costados, lomos, nalgas, región externa del muslo). Se han propuesto aparatos especiales para mejor regular la velocidad y la presión; pero en los casos de urgencia pueden ser sustituídos por la bomba impelente del aparato Potain y la aguja número 2, la jeringa de inyecciones de Roux y hasta por un simple tubo de caucho que haga sifón, provisto de una aguja, etc.

La *cantidad* que ha de inyectarse es muy variable, y depende de la importancia de la pérdida sanguínea: puede elevarse á 1,000 y á 1,500 centímetros cúbicos en una sola sesión, siendo algunas veces necesario repe-

(1) Según recientes estudios (Dastre, Malassez), debe ser preferida la proporción de 8 á 10 por 1000.

(2) Véase: Memoria de M. Pozzi sobre una observación de M. Duret y discusión *(Académie de Médecine,* 30 de Junio de 1896).—J. Faney.— *Du traitement des hemorragies par le serum salé (Gaz hebd,* 30 de Agosto de 1896, pág. 829, y *Thèse de Paris,* 1896, n.° 304).—Claisse.—*Injections massives de solutions salines dans les hémorragies et les infections. Revue génér.* en la *Revue de Chirurgie,* 1896, pág. 686.

tir la operación en un mismo día para realzar y mantener la tensión sanguínea. Sin embargo, en un gran número de casos bastan las inyecciones de 250 á 500 centímetros cúbicos practicadas en una sesión y en dos ó tres puntos diferentes y repetidas, si es preciso, durante el día.

Las inyecciones subcutáneas abundantes se toleran mucho mejor de lo que *a priori* pudiera creerse. La hinchazón ó «bolas edematosas» que ocasionan no tardan en desaparecer bajo la influencia de un ligero masaje. Por su relativa inocuidad y por su modo de obrar prestan verdaderos servicios en todos los casos de hemorragias graves; por consiguiente, no debe esperarse al último momento para practicarlas, como cuando se trataba de la transfusión venosa y aun de las inyecciones intravenosas copiosas.

Según recientes investigaciones, la introducción del suero artificial en los vasos no sólo parece determinar los saludables efectos mecánicos que hemos resumido, sino que además facilita, al parecer, la hemostasia. Un experimento de Faney parece demostrar que la inyección subcutánea del suero salado, practicada aún en el curso de la hemorragia (hemorragia muscular por rezumamiento) aumenta la coagulabilidad de la sangre y provoca la cesación de la evacuación de ésta.

No insistiremos más sobre este asunto, todavía en estudio, y que ha dado ya resultados inesperados en las grandes hemorragias, en la anemia aguda posthemorrágica (1) y en las infecciones.

Después de las grandes pérdidas de sangre, se prescribirán, para sostener la nutrición y realzar las fuerzas, las *inhalaciones de oxígeno*, la *cafeína*, el *café*, la *leche helada* y *alcoholizada*, el champagne helado, los grogs, los vinos generosos, los «consommés», el jugo de carne y las lavativas alimenticias.

Lo mismo si la hemorragia intestinal ha sido abundante que si ha sido de mediana intensidad ó relativamente ligera, el médico debe siempre, una vez contenido el accidente, vigilar atentamente la alimentación y el funcionamiento del tubo digestivo. Durante los primeros días se someterá al enfermo al *régimen lácteo absoluto*, con adición, según los casos, de bebidas cordiales. Después se escogerá un régimen alimenticio fácilmente asimilable que alimente en un pequeño volumen y deje poco residuo: la base de este régimen habrá de ser, durante cierto tiempo, la leche,

(1) Mitour. — Tratamiento de los accidentes consecutivos á las grandes hemorragias por los procedimientos salados (*Med. moderne*, 1896, pág. 723), cree que las lavativas saladas son auxiliares útiles de los hemostáticos ordinarios durante las grandes hemorragias. Se administra una cada hora ó cada media hora el primer día, cada dos horas el segundo y cada seis el tercero. Método es éste de fácil ejecución y que se puede ensayar en los casos que cogen desprevenido al médico.

y como auxiliares se recurrirá á los diversos agentes de la medicación analéptica y reconstituyente escogidos con discernimiento.

En la anterior descripción hemos partido del supuesto de que la evacuación de la sangre llega á abrirse paso al exterior; pero puede suceder que la hemorragia quede detenida por completo dentro del tubo digestivo, en cuyo caso la sangre no se ve. Cuando esto ocurre, tenemos para guiarnos, además de los conmemorativos y de los fenómenos inmediatos que han precedido al accidente actual, todos los síntomas de las grandes hemorragias internas: palidez, enfriamiento, pulso pequeño, frecuente, depresible, postración, sudor, náuseas, tendencia á la lipotimia, amenaza de síncope, etc. Una vez establecido el diagnóstico, el tratamiento que haya de seguirse no difiere del que acabamos de exponer.

III

Hemorragias intestinales en algunos casos particulares. Indicaciones etiológicas

Examinemos rápidamente las condiciones en que tales hemorragias se producen. Ya hemos dicho que la enterorragia puede sobrevenir: 1.° en un individuo en buen estado de salud aparente; 2.° en el curso de una afección local del intestino; 3.° en el curso de una enfermedad general *(a)* aguda ó *(b)* crónica.

A.— *En un individuo en buen estado de salud aparente.*— 1.° La hemorragia puede ser debida á un *traumatismo simple,* á la erosión de la mucosa por un cuerpo extraño, por un bolo fecal voluminoso, etc. En estos casos, mientras la pérdida de sangre es poco abundante, *reposo,* régimen ligero, leche, poción astringente de *tanino* ó poción de *ratania* y *subnitrato de bismuto* (4 á 6 gramos) *laudanizada* (XII, XV á XX gotas).

Si se trata de un estreñimiento rebelde, *purgantes, laxantes* para evitar la coprostasis.

Si el traumatismo es una herida penetrante del intestino, el tratamiento es el mismo que el de las heridas del abdomen.

2.° Puede ser debida á una *intoxicación;* los conmemorativos permiten descubrir la causa: vendrán indicados el *reposo,* el *régimen lácteo,* los *opiados,* el *agua albuminosa,* lo propio que las substancias susceptibles de neutralizar el resto de la substancia tóxica ingerida.

3.° La enterorragia puede ser *suplementaria:* en este caso, no trae

consigo inconvenientes y bastará procurar atraer, si es posible, el aflujo sanguíneo hacia el órgano que ha abandonado, á no ser que se considere, por el contrario, preferible dejar que la evacuación se realice, si no es abundante y si se trata de una hemorragia hemorroidal. En este caso, se prescribirán únicamente simples lavados y lavativas de *agua boricada*, con el solo objeto de limpiar y deterger el recto.

4.° Por último, la melena consecutiva á la *úlcera del duodeno* puede presentarse bruscamente en pleno estado de salud aparente. Cierto, sin embargo, que las más de las veces esta hemorragia, cuyo diagnóstico etiológico ofrece en este caso verdaderas dificultades, solamente se presenta en individuos que ya han experimentado dolor, dispepsia, y aparece con el conjunto de síntomas que precede ó acompaña á la úlcera redonda del estómago. Aunque el duodeno es menos directamente accesible que la mucosa gástrica á los medicamentos, esta variedad de enterorragia está sujeta á la misma medicación que la gastrorragia producida por la úlcera redonda del estómago (1). Algunos autores, sin embargo, dicen que es preferible abstenerse del *percloruro*, que puede aumentar la hiperclorhidria.

B. — *En un individuo que presenta trastornos funcionales del tubo digestivo* (diarrea, estreñimiento, tenesmo, etc.).

El *estreñimiento* es con frecuencia origen de pequeñas pérdidas de sangre insignificantes ó ligeras, respecto de las cuales ya hemos expuesto el tratamiento local y las medidas profilácticas á que deben someterse.

En los niños y en los jóvenes, la evacuación de sangre por el recto es á menudo provocada por un *pólipo del recto:* en tal caso, lavativas frías, astringentes y ligeramente cáusticas y reposo; pero estos medios no son más que paliativos, pues sólo operando se puede lograr la curación.

En los adultos, las hemorragias repetidas, más ó menos marcadas, han de hacer pensar en las *hemorroides*, en los *tumores malignos del intestino*.

En el *cáncer intestinal*, el tratamiento no puede ser más que sintomático: aplicaciones frías, astringentes, opiados. El cáncer del recto, más fácilmente accesible, permite que se llegue con más facilidad, por medio de las irrigaciones frías, del hielo, de las substancias estípticas ó cáusticas, al punto en donde radica la hemorragia; pero, además, admite á veces una intervención quirúrgica tanto más eficaz cuanto menos retardada.

La hemorragia producida por *hemorroides internas* es fácil de reconocer. Ya hemos estudiado en detalle (2) el tratamiento que debe oponer-

(1) Véase ULCERA DEL ESTÓMAGO Y DEL DUODENO, pág. 312 de este tomo.
(2) Véase TRATAMIENTO DE LAS HEMORROIDES, tomo IV, pág. 546.

se á las hemorragias hemorroidales *ligeras, frecuentes, abundantes, graves*, que el médico puede tener que cuidar, y hemos procurado precisar la utilidad de la intervención terapéutica en esas pérdidas de sangre, en otro tiempo consideradas como saludables. Refiriéndonos á lo que entonces dijimos, diremos ahora únicamente que deberán ser empleados desde luego los tópicos astringentes, las irrigaciones frías, los minorativos, los laxantes ligeros destinados á ablandar las evacuaciones y á evitar la congestión debida al esfuerzo y la herida del rodete venoso por el bolo endurecido. Mas si la evacuación es abundante y repetida, si es causa de anemia y amenaza convertirse en una verdadera complicación, puede llegar á ser necesaria la intervención quirúrgica (cauterización, dilatación forzada, etc.), para conseguir una mejoría de alguna duración. Finalmente, en algunos casos habrá de intentarse la cura radical (procedimiento de Withehead, Delorme, Reclus).

C.—*En el curso de una enfermedad crónica ó de una alteración de la nutrición general.*—En los arterio-esclerósicos y en los viejos, sobre todo cuando hay estreñimiento, se pueden observar pequeñas hemorragias intestinales, que generalmente no exigen una intervención muy activa: favorecer las evacuaciones alvinas, ligeros hemostáticos y aplicación, además, del tratamiento y régimen ordinario de los arterio-esclerósicos. Estas hemorragias raras veces amenazan convertirse en graves; posible es esto, sin embargo, cuando la alteración de las túnicas arteriales es profunda. En un caso de este género, G. Sée recurrió al siguiente tratamiento (1):

1.°	Jarabe de trementina.	200 gramos
	Jarabe de diacodión.	100 —
	Extracto acuoso de cornezuelo de centeno. . . .	2 —

M. s. a. Una cucharada grande cada dos horas.

2.°	Antipirina en tres papeles (á título de hemostático).	3 gramos

3.° Al día siguiente, reemplazar la antipirina por V á X de las siguientes gotas:

Extracto alcohólico de *hydrastis canadensis*. .	3 gramos
Extracto alcohólico de beleño.	0 gr. 30

M. s. a. Para 30 píldoras.

En las enfermedades del *corazón*, en la *cirrosis hepática* (2) y en la *enfermedad de Bright* no es raro que se produzca una hemorragia intes-

(1) G. Lyon.—*Traité élémentaire de thérapeutique*, pág. 233.

(2) A. Gauthier.—*Hemorragies gastro-intestinales dans les cirrhoses du foie*. Tesis de Lyón, 1895.—Teissier.—*Rapport au Congrès de médecine interne de Bordeaux*, 1895.

tinal ó gastro-intestinal: estas hemorragias, por lo general, son pasivas, discrásicas, dependientes á veces de la existencia de lesiones intestinales producidas por la influencia de la eliminación de las toxinas y aun de *ulceraciones* de la mucosa (mal de Bright, uremia). Si estas hemorragias no son muy abundantes ó no se repiten con frecuencia, no se les debe oponer un tratamiento activo; el flujo así producido puede, por el contrario, ser de alguna utilidad, desembarazando la economía de una sangre tóxica y favoreciendo la depleción del sistema circulatorio infartado. El esfuerzo terapéutico debe ser dirigido contra la enfermedad de que depende la hemorragia.

Cuando la hemorragia aparece en un individuo que presenta una *anemia profunda* y trastornos digestivos sin causa apreciable, preciso es pensar en la *anemia perniciosa* y aplicar el tratamiento propio de la misma. Conviene no olvidar que en ciertos medios (mineros, ladrilleros, arroceros), este síndrome es con frecuencia ocasionado por la presencia del *anquilostoma duodenal;* de suerte que se buscarán en las deyecciones los huevos de este parásito y los cristales de Charcot-Robin, y si el resultado es positivo, se recurrirá al *helecho macho*, que es el mejor antihelmíntico contra la anquilostomasia, y en muchos casos de este género consigue suprimir las hemorragias y su causa.

La enterorragia abundante se presenta también en el período avanzado de la *leucemia*, y en este caso, al mismo tiempo que la melena, pueden existir los síntomas amenazadores de la hemorragia interna, como de ello hemos visto un caso cuando estábamos al servicio de nuestro maestro, el profesor M. Potain. Es preciso asegurar inmediatamente el tratamiento hemostático: *inyecciones de ergotina*, ingestión de *bebidas frías, heladas,* estípticas y estimulantes, aplicación de *hielo,* reposo absoluto, *hipodermoclisis*, y después *hierro, arsénico, inhalaciones de oxígeno, yoduros.*

D.—*En el curso de una enfermedad febril aguda.*—La enterorragia es una complicación de las enfermedades febriles infecciosas y sobreviene por la misma causa que las hemorragias de los demás órganos (formas *hemorrágicas* de las infecciones malignas, fiebres eruptivas *negras)* ó como complicación especial relacionada con la existencia de un proceso ulceroso del intestino (fiebre tifoidea, disentería).

La *tuberculosis intestinal* en el período de ulceración determina á veces hemorragias graves que han de ser combatidas por medio de la medicación sintomática ordinaria.

Cuando las hemorragias intestinales dependen del *paludismo,* inútil es decir que hay que atacarlas con la *quinina* á dosis altas.

En la *fiebre tifoidea*, las hemorragias moderadas no constituyen una

complicación temible, como han contribuído á demostrarlo Graves y Trousseau; pero la abundancia y la repetición de las mismas pueden llegar á ser un peligro: el reposo absoluto, las *aplicaciones frías* ó *heladas* sobre el abdomen, los *opiados*, los astringentes (minerales ó vegetales), los preparados de *cornezuelo de centeno* y los diversos medios enumerados en la parte de este capítulo relativa al tratamiento sintomático de la hemorragia intestinal, están indicados en este caso. La necesidad de reposo obliga, en aquel momento, á proscribir los baños si han sido prescritos. (Véase el *Tratamiento de la fiebre tifoidea*).

En la *disentería* se recomendarán, según los casos, las lavativas de *tanino* (2 á 5 gramos por 200 á 250 gramos de agua), de *sulfato de zinc*, 1 gramo por 200 á 250 gramos para los adultos; de *nitrato de plata*, 0gr,05 á 0gr,10 por 120 gramos de agua para los niños; 0gr,20 á 0gr,75 por 200 gramos para los adultos (Trousseau). Esta última dosis parece algo elevada; nosotros preferimos la fórmula siguiente de Delioux de Savignac:

Nitrato de plata . . . . . } aa. 0gr.50
Cloruro de sodio . . . . . }

Échese en 200 gramos de agua á la que se habrá añadido una clara de huevo.
Para un enema.

Lemoine (1) dice haber empleado á menudo con éxito las *lavativas yodadas* preconizadas por aquel mismo autor:

Tintura de yodo . . . . . 5 á 20 gramos.
Yoduro potásico . . . . . 0gr.50 á 1 gramo.
Agua destilada . . . . . 250 gramos.

Para un enema.

Lemoine prefiere estas lavativas á las de *percloruro de hierro* que, según él, ofrecen á veces el grave inconveniente de facilitar el desprendimiento de la mucosa. Es conveniente dar antes de la lavativa medicamentosa una lavativa simple y recomendar al enfermo que retenga aquélla el mayor tiempo posible.

Finalmente, según la forma y el período de la enfermedad, se prescribirán irrigaciones copiosas antisépticas y estípticas.

IV

Cuidados consecutivos

Cuando está contenido el flujo sanguíneo, es preciso vigilar al enfermo durante muchos días, obligarle al reposo y examinar las deyecciones,

(1) LEMOINE.—*Manuel de thérapeutique*, 1894, pág. 272.

para ver si contienen sangre. Durante este período, se sigue administrando los preparados astringentes: *agua de Rabel, limonada sulfúrica y cítrica, percloruro de hierro* y el uso de la *morfina* ó del *opio*. Al cabo de dos ó tres días, si no ha habido evacuación alvina, pueden reducirse ó suprimirse los opiados, y ayudar prudentemente al intestino á desembarazarse de su contenido (lavativa); pero no debe olvidarse que los movimientos que se impriman al enfermo pueden reproducir la hemorragia, así es que, si se abrigan temores sobre este punto, vale más esperar.

La acción astringente hemostática que se atribuye á la *Hamamelis virginica* contra el flujo hemorroidal, la que nos ha parecido ver en la congestión pulmonar que acompaña á la hemoptisis y en un caso de varices generalizadas, y sobre todo su inocuidad, autorizan, en nuestro concepto, para prescribir durante muchos días después de cesada la hemorragia, este medicamento en forma de tintura, á la dosis de XL ó LX gotas al día, ó de extracto flúido (3 ó 4 cucharadas pequeñas al día); pero entiendo que no debe ser considerado como un agente de eficacia bien probada.

Después de las hemorragias intestinales, como después de toda pérdida sanguínea, es preciso prescribir un régimen tónico, reconstituyente, susceptible de facilitar la hematopoyesis y de realzar las fuerzas del organismo. Es necesario, además, preocuparse en obtener la asimilación de las materias nutritivas sin imponer al tubo digestivo demasiado trabajo. Ya hemos dicho (pág. 628) cuán indicado está desde luego el *régimen lácteo absoluto*, cualquiera que haya sido la causa de la hemorragia: este régimen se mantendrá más severamente cuando la enterorragia dependa de una afección ulcerosa. Progresivamente se permitirá el *régimen lácteo mixto*, y por último, un régimen alimenticio tónico compuesto de manera que no contenga más que materias asimilables que dejen el menor residuo posible.

Finalmente, á la alimentación tónica, á los modificadores generales de la nutrición, se podrán añadir los analépticos ordinarios *(quina, kola, coca, alcohol, café, glicerofosfatos, arsenicales,* etc.).

V

Hemorragias gastro-intestinales; melena de los recién nacidos

Las hemorragias se observan también en el recién nacido, solas ó acompañadas de vómitos de sangre. Esta verdadera melena no debe con-

fundirse con la seudo-melena *(melæna spuria)* en la cual las deyecciones contienen sangre tragada por el niño y procedente del pezón de la nodriza, de los órganos genitales de la madre. La verdadera melena se observa, según Hermary (1) aproximadamente una vez por cada 1000 nacimientos ó algo más á menudo (una vez por cada 500 ú 800 recién nacidos).

La etiología de esta afección es poco conocida (conformación defectuosa, traumatismo durante el parto, sífilis, enfermedad general infecciosa, hemofilia).

La sangre procede de las paredes del intestino delgado y del estómago; es negra ó roja y á veces se observa su presencia en los pañales sin haber advertido que el niño estuviese enfermo. En otros casos, la hemorragia se presenta bruscamente, grave, abundante, precedida de ciertas náuseas y de palidez, acompañada de hematemesis y á veces de agitación, de ictericia, de hemorragia por la cicatriz umbilical. El estado general decae, el grito se extingue y no tarda en sobrevenir la muerte. Entre estas hemorragias rápidamente mortales y la melena apenas indicada, hay formas intermedias; pero la melena de los recién nacidos reviste siempre grandísima gravedad. La proporción de la mortalidad parece ser mayor del 50 por 100.

La terapéutica es naturalmente muy limitada: según Hermary, las lavativas frías, las compresas frías, la vejiga de hielo, las bebidas aciduladas y astringentes fuertes ejercen una acción funesta y deben ser rechazadas.

Cuando la hemorragia es muy ligera: descanso, tetadas menos frecuentes, precauciones al lavar y vestir al niño, y mover á éste lo menos posible.

Si es más acentuada: colóquese al niño de manera que no le aprieten los pañales; hágasele con una franela caliente una fricción simple ó ligeramente alcoholizada durante cinco minutos; envuélvasele con algodón caliente desde los riñones hasta los talones, y si es posible téngasele por espacio de quince días en una incubadora á 37°. Cálmese el dolor y la agitación por medio de una poción ó de *agua de azahar*. Los *baños calientes* (38 á 40°) han dado á veces buenos resultados y parece preferible recurrir á ellos que prescribir ciertos calmantes, que fácilmente pueden convertirse en narcóticos para los recién nacidos (2).

(1) HERMARY. — *Des hémorragies gastro-intestinales chez le nouveau-né et de leur traitement*, Tesis de París, 1896-97, n.° 15. *Gazette hebdom. de médecine et chirurgie*, 14 de Marzo, 1897, pág. 244.

(2) COMBY. — *Traité des maladies de l'enfance*.

Cada dos horas, 10 gramos de leche materna fría administrada á cucharadas; hielo en pedazos pequeños. Como medicamentos: *percloruro de hierro*, III á V gotas en 30 á 40 gramos de leche, que se tomará á cucharaditas cada cinco minutos, ó bien:

Ergotina.		0 gr. 20 á 0 gr. 50
Jarabe de ratania	aa. .	20 gramos.
Hidrolado de menta.		

M. s. a. Una cucharada pequeña cada cuarto de hora (1).

La ergotina en inyección hipodérmica ha sido administrada á la dosis de un cuarto á medio centímetro cúbico; también pueden tomarse por la boca algunas gotas.

Se ha administrado asimismo el *hamamelis*, XX gotas cada media hora; el *extracto de ratania*, 1 á 3 ó 4 gramos; el *tanino*, 15 centigramos; el extracto flúido de hamamelis en 30 gramos de jarabe de ratania; el *aceite de trementina*, V á VI gotas en un look cada hora (D'Espine y Picot) (2).

Los experimentos de Reverdin, de que hemos hablado anteriormente, casi deben animarnos á ensayar el *sulfato de sosa* á dosis fraccionadas y repetidas contra las hemorragias gastro-intestinales del recién nacido. La escasa nocuidad de este medicamento, que parece ser un remedio popular en la Alemania del Norte contra la hemofilia y que Kussmaul (3) ha recomendado como hemostático, permite llamar sobre él la atención de los médicos de los hospitales de niños.

Finalmente, también pueden prescribirse las *inyecciones de suero salado* (dos ó tres veces al día 10 centímetros cúbicos debajo de la piel), desde el momento en que han dado ya resultados favorables en los casos en que han sido practicadas contra las infecciones graves de los niños.

(1) Algunos autores han atribuído la melena á la ligadura tardía del cordón; otros han inculpado, por el contrario, la ligadura precoz.

(2) D'Espine y Picot. — *Traité des maladies de l'enfance.*

(3) Kussmaul. — Citado por Reverdin *(Congrès de chirurgie,* 1896).

CAPÍTULO XXXVII

TRATAMIENTO DE LA HELMINTIASIS INTESTINAL

POR

A. MOSSÉ

Profesor de la Universidad de Tolosa

TRADUCCIÓN DEL DR. D. JOSÉ GÓNGORA

Prefacio

La creencia popular atribuye aún hoy día los más variados trastornos morbosos á la presencia de lombrices en el intestino, y sabido es cuán importante papel atribuye el vulgo á la existencia real ó supuesta de estos parásitos en la génesis de las perturbaciones nerviosas de los niños, y en general en la de todas las alteraciones de la salud cuya causa aparente no se explica inmediatamente. Por esto ha podido decirse que en la patología infantil son muy pocas las afecciones que no hayan sido atribuídas á la existencia de las lombrices intestinales, y de aquí que el médico se vea á menudo instigado á formular un tratamiento contra una helmintiasis cuya realidad dista mucho de estar demostrada.

Cierto que la presencia de vermes en el intestino, que á menudo por nada se manifiesta, y por consiguiente queda ignorada, puede originar trastornos reflejos lo mismo en el adulto que en el niño; pero hay que tener presente que muchos casos se atribuyen á una helmintiasis hipotética accidentes que dependen de una causa muy distinta. Antes de acceder á las instigaciones y de formular una medicación antihelmíntica, importa, por consiguiente, determinar bien el diagnóstico y la oportunidad de la intervención terapéutica.

Las lombrices que habitan en el intestino del hombre son de dos clases: los *platodes, lombrices planas, en forma de cintas* (tenias, lo-

triocéfalos), y los *nematodes*, *lombrices redondas* (oxiuros, ascárides lombricoides ó lombrices, anquilostomas, tricocéfalos, anguílulas estercoráceas, triquinas (1).

Las *tenias* se observan preferentemente en los adultos; los oxiuros y las lombrices, en los niños; pero todas las variedades de helmintos que vemos en nuestras regiones, pueden existir lo mismo en los niños que en las personas más ancianas. La diversidad de frecuencia depende del género de alimentación, que varía según las edades. El anquilostoma, muy común en otros países, es raro en Francia, en donde sólo se le encuentra en las regiones mineras.

Como no hemos de trazar aquí la historia completa de estos parásitos, únicamente recordaremos las nociones que es indispensable conocer (2).

I. — HELMINTOS EN FORMA DE CINTA

I

Consideraciones generales

Las especies más frecuentes son: la tenia armada *(T. solium)*, la tenia inerme *(T. mediocanellata* ó *saginata)* y el botriocéfalo *(Bothriocephalus latus)* (3).

Estos parásitos llegan al estado completo de desarrollo en el intestino de los individuos que han tragado los cisticercos que constituyen el primer grado de su evolución. Los cisticercos de la tenia armada se en-

(1) Las triquinas se encuentran en el intestino del hombre, pero solamente de paso.

(2) Véanse, para mayores detalles, los tratados de Zoología médica y C. Davaine, *Traité des Entozoaires et des maladies vermineuses*, 2.ª edición, 1877.

Los vermes no son los únicos animales parásitos que viven en el tubo digestivo humano, puesto que en él se encuentran también algunos protozoarios *(Amœba coli, Cercomonas* y *Tricomonas intestinalis, Megastoma entericum, Balantidium coli)*. La historia médica de estos parásitos es muy poco conocida. Generalmente se les encuentra en los tifódicos y en las personas que padecen de diarrea crónica con deposiciones mucosas ó viscosas. Quizás viven en el intestino en estado normal. Facilitan, al parecer, sus condiciones de existencia determinados trastornos intestinales acompañados de diarrea, cuya duración prolongan. Cuando se comprueba su presencia, la indicación es expulsarlos de la economía por medio de un purgante. Se les ha visto desaparecer al mismo tiempo que la diarrea después de la administración de una lavativa. Estos parásitos se introducen en la economía principalmente con las aguas potables impuras. Sus dimensiones varían entre 4 ó 10 μ *(Monocercomas)* y 50 á 70 μ *(Amœba, Balantidium coli)*. Las deyecciones que los contienen despiden un olor insípido particular. — (Eichhorst. *Tratado de patología médica*, vol. II, pág. 297).

(3) Las demás variedades, que también se encuentran en el hombre, aunque más raramente, son: *Tœnia canina, T. nana, T. flavopunctata, T. madagascariensis, Bothriocephalus cristatus, B. cordatus* (éste sólo ha sido observado, al parecer, en Groelandia), *B. Mansoni*.

cuentran en la carne del cerdo leproso; los de la tenia inerme en la carne del buey leproso, y los del botriocéfalo en la carne de ciertos pescados (salmón, lota, lucio). Así se comprende fácilmente que la tenia inerme sea mucho más común desde que se ha generalizado el uso de de la carne de buey cruda ó apenas cocida (1), y que el botriocéfalo se encuentre sobre todo en los países en donde abundan y sirven de alimento á la población las especies de pescados que lo contienen (orillas del Báltico, Suiza, Norte del Japón). Sin embargo, las diferentes fases del desarrollo del botriocéfalo no parecen todavía determinadas de una manera indiscutible. Se ha dicho que los huevos de este cestode, introducidos directamente en el tubo digestivo del hombre por el agua potable ó por las verduras crudas (ensaladas) regadas con aguas contaminadas, pueden dar origen á un helminto, que logra su completo desarrollo en el tubo digestivo humano sin haber necesitado pasar por dos estados diferentes para realizar su evolución.

II

Higiene profiláctica

Antes de emprender el estudio del *tratamiento curativo,* recordemos brevemente las reglas higiénicas que permiten contener el desarrollo de estos helmintos en forma de cinta en el hombre combatiendo la lepra de los animales de carne alimenticia. Las nociones expuestas en el capítulo precedente permiten apreciar de antemano las medidas que deben adoptarse para impedir este desarrollo, es decir, para establecer el *tratamiento profiláctico, ó mejor, los preceptos de la higiene profiláctica de la teniasia.*

1.° Vigilar la higiene en los establos y pocilgas. En el campo, en las habitaciones donde los animales domésticos viven junto á las personas, evitar que los cerdos y los bueyes coman las materias fecales que generalmente se dejan al aire libre y que son susceptibles de originar la ladrería de aquellas bestias cuando contienen huevos de cestode (2).

(1) Bérenger-Féraud. — *Frequence relative des tœnias. — Distribution geographique des tœnias* (Ac. de Med., 1892). — Hemos de hacer constar, sin embargo, que en la actualidad se observa una suspensión en este aumento creciente y hasta una tendencia á la disminución, producidas espontáneamente ó gracias á la observancia de las medidas profilácticas prescritas.

(2) Bérenger-Féraud indica á los médicos la conveniencia de destruir por completo las tenias cuya expulsión se ha logrado, y aconseja que se quemen estos parásitos en vez de limitarse á echarlos sencillamente en el agua ó en los retretes como generalmente se hace. Esa práctica, adoptada en los hospitales militares y navales, destruiría de fijo, si se genera-

2.° Vigilancia rigurosa de las carnes de cerdo, de buey y en general de toda carne destinada al consumo (1).

3.° Cochura suficiente de estas carnes y de los pescados sospechosos (para matar el embrión de la tenia inerme se necesitan, según parece, 50°).

4.° Limpieza rigurosa y cochura escrupulosa de las verduras cogidas en la zona de distribución geográfica del botriocéfalo (2).

5.° En los casos en que está indicada la carne *cruda* ó *casi cruda*, recomendar la de carnero ó la de caballo, en la cual no se han encontrado hasta ahora estos parásitos.

III

Tratamiento curativo

A.—El tratamiento curativo tiene por objeto la expulsión de la tenia, así es que debe prescribirse cuando se tiene la seguridad de la existencia del parásito. El signo patognomónico lo proporciona la aparición de los anillos ó cucurbitinos: es conveniente, *en este punto, que el médico no se fíe únicamente de lo que le diga el enfermo sino que quiera ver por sí mismo los fragmentos expulsados,* porque á menudo el paciente considera como cucurbitinos partículas alimenticias mal digeridas, estrías sanguinolentas ó viscosas, trozos de membrana desprendidos de la mucosa intestinal. Una simple mirada basta para eliminar esas causas de error.

Si realmente se trata de fragmentos de tenia, un examen atento permite reconocer la variedad á que pertenecen (3); pero sea cual fuere esta

lizaba, una gran cantidad de simientes de tenia; por esto la recomendamos, á nuestra vez, como susceptible de disminuir las probabilidades de contaminación de cierto número de individuos.

(1) El cerdo leproso es fácil de reconocer; la lepra, cuyo descubrimiento en los bóvidos es más difícil, se reconoce fácilmente teniendo cuidado de examinar, previa incisión, los músculos pterigoideos que son como el medio predilecto del cisticerco de la lepra. (Herswig. —Nocard.—*Bull. Ac. Méd.*, 1892, pág. 191).

(2). Sabido es que los quistes equinococos representan en el hombre el estado larvario de la *T. echinococcus*, que vive en el intestino de los perros. El agua y las legumbres contaminadas sirven de vehículo á los huevos de la tenia equinococo; de aquí la conveniencia de lavar muy cuidadosamente las legumbres y filtrar el agua en los sitios en donde los perros viven muy cerca de las personas.

(3) Los anillos de las tenias son más largos que anchos y tienen en su borde una pequeña eminencia (poro genital), alterna con gran regularidad en los anillos del *Tœnia solium* y situada ora á un lado ora á otro, sin regularidad alguna, en la tenia inerme.

Los anillos del botriocéfalo son más anchos que largos y el poro genital está situado en el centro del anillo y no en los bordes.

Los cucurbitinos de la tenia inerme ofrecen la particularidad característica de escaparse espontáneamente del tubo digestivo, fuera del momento de las deposiciones, de día ó de noche, así es que se les encuentra en las ropas interiores y en las sábanas.

variedad, desde el punto de vista terapéutico el método y los agentes del tratamiento son siempre los mismos.

Cuando no hay expulsión espontánea de proglotides, á pesar de los fenómenos objetivos experimentados por el enfermo que se cree tener la tenia y pide que se le libre de ella, se puede tratar de provocar esta expulsión dando pequeñas dosis de *calomelanos*, de *polvos de jalapa*, de *aceite de ricino*, de *aguardiente alemán*. Según Eichhorst, á muchas personas les basta comer ajos, arenques, cebollas, frutas de pepita ó de hueso, fresas, mirtillos, pequeñas grosellas ó grosellas grandes para provocar el desprendimiento de algunos proglotides que luego son fácilmente evacuados.

B.—*Una vez debidamente comprobada la presencia de la tenia ¿cómo debe procederse á su expulsión?*

Sabido es que los cestodos se adhieren firmemente á las paredes intestinales por medio de las ventosas de que está provista su cabeza; de aquí que la *primera indicación sea incapacitar á los parásitos para servirse de sus ventosas*. La segunda es *expulsarlas del intestino mientras permanecen inertes*. De modo que un buen antihelmíntico ha de obrar á la vez sobre el vermes para aniquilar su actividad y sobre el intestino para provocar la expulsión del parásito, en una palabra, debe ser tenicida y tenífugo.

La experiencia demuestra, sin embargo, que si algunas veces ciertos agentes medicamentosos administrados solos han podido producir este doble resultado, es éste un resultado excepcional con el que no hay que contar, y que, en principio, es necesario siempre administrar un purgante para coadyuvar á la acción de los medicamentos llamados tenicidas ó tenífugos.

Las substancias á las cuales se ha atribuído el poder de matar la tenia son muy numerosas, pero desgraciadamente no todas poseen la eficacia que se les atribuye. Bérenger-Féraud (1), que ha hecho un excelente estudio crítico de estas substancias, cuya lista es larguísima, sólo admite cinco como tenífugos de primer orden: *granado*, *helecho macho*, *pepitas de calabaza*, *kousso* y *kamala*.

El kamala se usa poco en Francia; el kousso, á causa de la repugnancia que produce, de su elevado precio y de lo difícil que es en Europa encontrarlo de buena calidad, ha sido generalmente abandonado; y las pepitas de calabaza no tienen una acción muy enérgica, según veremos más adelante. De suerte que en nuestras regiones los tenífugos más activos y más empleados son: el *helecho macho* y la *corteza de granado* ó su principio activo la *pelletierina*.

(1) Bérenger-Féraud.—*Leçons cliniques sur les tœnias de l'homme*, Paris, 1888.

No hay que olvidar que en los individuos débiles, en los ancianos y en los niños, estas últimas substancias pueden determinar fácilmente accidentes de intoxicación; así es que, en la elección del medicamento, han de tenerse muy en cuenta la energía relativa del tenífugo y las condiciones individuales del enfermo.

A.—ADMINISTRACIÓN DE LOS MEDICAMENTOS TENÍFUGOS
REGLAS GENERALES

Sea cual fuere el medicamento que se escoja, debe ser administrado conforme á ciertas reglas destinadas á aumentar su eficacia y á permitir que el médico se dé cuenta del resultado. Estas reglas son las que brevemente vamos á exponer.

1.° Período preparatorio

Para favorecer la acción del agente antihelmíntico, es conveniente que el intestino esté previamente desembarazado de una parte de su contenido ordinario. Antiguamente sometíase al enfermo durante varios días á un régimen preparatorio severo á fin de obtener aquel resultado; al presente se recomienda simplemente una dieta relativa: la víspera del día de la medicación, comida ligera al mediodía y por la noche una taza de caldo, leche, sopa, y antes de acostarse una gran lavativa de agua tibia, que á veces se repite á la mañana siguiente antes de dar el tenífugo.

Algunos autores extranjeros todavía recomiendan, sin embargo, los antiguos procedimientos. Eichhorst aconseja que durante los tres días, que constituyen la *fase preparatoria,* se dé como alimento leche y huevos sobre todo, que se provoquen varias deposiciones diarias por medio de ligeros purgantes *(aceite de ricino)* y que se haga comer al enfermo por la noche una buena ración de arenques salados abundantemente sazonados con ajo y cebolla.

2.° Administración del tenífugo

Por lo general, comprende dos tiempos: en el primero, el enfermo ingiere la substancia *antihelmíntica* destinada á matar ó amodorrar al parásito; en el segundo, toma el *purgante,* cuyo objeto es arrojar el parásito antes de que éste haya tenido tiempo de fijarse nuevamente en las paredes intestinales. El purgante debe, por consiguiente, seguir muy de cerca á la ingestión del primer medicamento (media hora ó una hora si no se ha ex-

pulsado rápidamente la tenia bajo la acción del primer medicamento. A veces ambos agentes terapéuticos están reunidos en una sola preparación, como más adelante veremos.

3.° Precauciones consecutivas

Después de haber tomado los medicamentos prescritos, debe el enfermo guardar cama ó permanecer en un reposo relativo, á fin de evitar los inconvenientes que más de una vez se manifiestan (vértigos, náuseas, sensación de desfallecimiento).

El extremo superior de la tenia, delgado y muy frágil, se separa á menudo del resto de la cadena en el momento de la expulsión; para evitar esta fragmentación, el enfermo debe hacer su deposición en un orinal lleno de agua tibia, y de este modo, como la masa del gusano sostenida por el líquido ejerce menos tirantez sobre la parte delgada, la cabeza sigue al resto del cuerpo con mayor facilidad.

Únicamente deben ser considerados como éxitos satisfactorios aquellos casos en que la tenia es expulsada por completo, es decir, *inclusa la cabeza* (1).

Después de la expulsión de la tenia no debe dejarse al enfermo sin alimento.

Si el remedio no produce efecto, hay que esperar algunos días antes de repetir la medicación, porque puede suceder que haya sido expulsada la cabeza y que se haya perdido entre las deyecciones alvinas (2). Es preciso, pues, dejar á la tenia tiempo para reconstituirse, en el caso de que realmente su extremo superior se haya quedado en el intestino, y por consiguiente conviene, antes de recurrir á la administración de un nuevo tenífugo, esperar á que vuelvan á aparecer anillos en las deyecciones ó que salgan espontáneamente del tubo digestivo, ó sea un plazo de unos tres meses.

Sin embargo, el descubrimiento de los cristales Charcot-Robin podría, en este caso, suministrar datos útiles. Leichtenstern (de Colonia) ha señalado la presencia de estos cristales en las deyecciones de la mayoría de los individuos enfermos de helmintiasis intestinal, aserción que ha sido

(1) La tenia puede ser expulsada de una sola vez, en una masa arrollada sobre sí misma, ó bien más lentamente por fragmentos; en este último caso, debe abstenerse el enfermo de tirar de la parte que ha salido con la esperanza de echar afuera más deprisa todo el gusano. Esta maniobra imprudente sólo serviría para comprometer la curación, determinando la ruptura de la cadena. Es preciso aguardar á que la expulsión se reanude y termine espontáneamente.

(2) Cuando la tenia ha sido echada en un orinal, es más fácil desenrollarla y buscar la cabeza, mas á pesar de esto, es necesario proceder sin tracción brusca.

confirmada muy recientemente por Simonnot (1). El descubrimiento de esos cristales es, por otra parte, bastante fácil y más rápido que el de los huevos de estos parásitos. Según Simonnot, que hizo su tesis en el laboratorio de Netter, basta tomar con un alambre de platino una partícula de materia fecal y diluirla en algunas gotas de agua, hecho lo cual se coloca una gota de líquido entre dos laminillas debajo del objetivo n.° 7 ó n.° 12 de inmersión de Leitz: el uso del diafragma permite descubrir más fácilmente los cristales.

Si esta operación da resultados positivos, no es necesario esperar la expulsión de los cucurbitinos; cuatro ó cinco semanas después de la primera tentativa, es decir, en un momento en que el parásito está suficientemente desarrollado para que el tratamiento surta efecto, se puede administrar un nuevo tenífugo.

B. — MEDICAMENTOS TENICIDAS Y TENÍFUGOS

Hace cosa de diez años, Bérenger-Féraud declaraba que era casi imposible hacer una clasificación racional de «la infinidad de remedios» considerados como capaces de producir la expulsión de la tenia, y por esta razón proponía, á título provisional, una clasificación artificial, en la cual un primer grupo comprendía los *tenífugos de primer orden desde el punto de vista de la eficacia*: granado, helecho macho, pepitas de calabaza, kousso y kamala (2). De éstos únicamente nos ocuparemos, y aun en esa lista ha de hacerse una selección.

El *kousso* y el *kamala*, que en sus países de origen parecen ser buenos tenicidas, no son en los nuestros más que remedios costosos, infieles y tanto menos seguros cuanto más tiempo hace que han sido recolectados (Hirtz, Laboulbène (3), Bérenger-Feraud).

(1) SIMONNOT.—*De la présence des cristaux Charcot Robin dans les fèces des malades porteurs de parasites intestinaux*, Tesis de París, 1896, n.° 133.

(2) BÉRENGER-FÉRAUD.—Clasificación de los tenífugos (Obra citada, pág. 210):

1.ª categoría.—*Tenífugos de primer orden desde el punto de vista de la eficacia:* granado, helecho macho, pepitas de calabaza, kousso, kamala.

2.ª categoría.—*Tenífugos oleosos:* aceites animales, minerales, vegetales.

3.ª categoría.—*Tenífugos mecánicos:* zinc, hierro, estaño, carbón vegetal, purgantes.

4.ª categoría.—*Tenífugos mecánico-químicos:* agua fría, sulfitos alcalinos, sal marina.

5.ª categoría.—*Tenífugos embriagadores:* éter, alcohol, vinos.

6.ª categoría.—*Serie de tenífugos de Abisinia:* indicados después de la introducción del kousso en la terapéutica: musenna, tatzé, saoria, ogkert, bobilda, habitsalim, habi-tchugo, tambuc, etc., etc.

7.ª categoría.—*Tenífugos varios:* ácido carbónico, ailanto, antimoniales, arsénico, cebadilla, cicuta, coco, ácido cianhídrico y cianuro potásico, dadi-gogo, eucaliptus, mercuriales, moral, nuez de areca, nuez vómica, pepsina, quinina.

(3) LABOULBÈNE.—*Vers intestinaux* (vol. IV del *Traité de Pathologie* de BROUARDEL y GIRODE, 1897). Artículo publicado después de escrito el presente y que contiene el resumen de los trabajos anteriores del autor.

Las *pepitas de calabaza*, recomendadas durante mucho tiempo, rara vez producen la expulsión completa de la tenia en los adultos; pero como no son tóxicas y son fáciles de tomar merecen ser conservadas en la terapéutica infantil.

A este lugar corresponden algunos datos sucintos acerca de estos tres medicamentos; en cuanto á los dos restantes, *la corteza de raíz de granado* y el *helecho macho*, tenífugos más activos y cuyo uso tiende á reemplazar á todos los demás en la práctica diaria, los estudiaremos más detenidamente.

1.° Kamala

El *kamala*, polvo encarnado que se recoge en los frutos de una euforbiácea *(Rotlera tinctoria)* de las Indias orientales, se administra á la dosis de 2 gramos á los niños y de 6 á 12 á los adultos. Davaine lo recomendó después de haber comprobado su eficacia contra el botriocéfalo. La tintura alcohólica, que da menos náuseas y es más fácil de tomar que el polvo, insoluble en el agua, es generalmente preferida (Davaine, Laboulbène) á la dosis de 4 gramos para los niños y de 15 á 25 para los adultos.

Es muy difícil disponer de este medicamento fresco y de buena calidad, y quizás á esto se deben los fracasos demasiado frecuentes después de su empleo. En nueve enfermos, Bérenger-Feraud empleó el kamala á dosis que variaban entre 2 y 16 gramos «y ni una sola vez fué expulsada la cabeza, y aun en tres de ellos ni siquiera salió un solo cucurbitino.» Como se ve, distan mucho estos resultados de las cifras favorables anunciadas en los primeros tiempos por los médicos ingleses.

2.° Kousso

Las sumidades floridas del *kousso* de Abisinia *(Brayera anthelmintica)* sirven para una infusión (15 á 25 gramos en 250 de agua) ó una maceración (1) que se toma en una sola vez sin filtrarla. El aspecto de este brebaje, su olor nauseabundo y su sabor repugnante, provocaban á menudo el vómito inmediato del medicamento. Estos inconvenientes, no compensados por una eficacia terapéutica superior á la de los otros tenicidas, á pesar de cuanto en un principio se dijo, han contribuído á que se abandonara de un modo general el uso del kousso. Por otra

(1) La maceración es preferible á la infusión, porque, según Baillon, el calor atenúa la acción del principio activo.

parte, en Abisinia, es decir, en el país de origen en donde se puede obtener esta planta fresca y natural, y en donde la costumbre de comer carne de buey cruda hace que la tenia sea en extremo frecuente, sólo se emplea el kousso, al decir de ciertos autores, como paliativo contra ese parásito, al paso que entre nosotros ha sido durante muchos años como el primero de los tenífugos (1).

En Alemania, se han administrado las flores de kousso en maceración con agua azucarada, limonada ó vino y en forma de comprimidos; en Francia, se ha dado también este medicamento mezclado con azúcar en forma de granulados.

A fin de mantener el efecto útil del kamala y del kousso suprimiendo los inconvenientes de la ingestión de los medicamentos al natural, se ha tratado de obtener el principio activo, al cual deben estas plantas su propiedad tenífuga, preparando la *rostlerina* y la *koussina* ó *kosseína* y presentando estas substancias como los principios activos del kamala y del kousso; pero los estudios que sobre el particular se han hecho no han conducido todavía á resultados definitivos.

3.° Pepitas de calabaza

En muchas comarcas de Francia y del extranjero, la medicina popular parece haber atribuído, desde muy remotos tiempos, un poder antihelmíntico á las pepitas de calabaza. ¿Debemos ver en esto un resultado de la famosa teoría de las «signaturas» ó un resultado de la observación?

Sea de ello lo que fuere, estas pepitas, empleadas en otro tiempo como diuréticas y lenitivas, han conservado durante largos años la reputación empírica de excelente tenífugo (2). Y sin embargo, estas pepitas tienen sólo una eficacia atenuada, según confesión general, y algunos las mencionan en descargo de su conciencia, al paso que otros aconsejan á los médicos que no las prescriban.

Pero si no hay que fiar mucho en este medicamento como tenicida en el adulto, por lo menos tiene una doble ventaja sobre las demás substancias de este grupo: 1.° no determina fenómenos tóxicos; 2.° no es desagradable de tomar, cualidad esta última muy apreciable en la medicina

(1) En 737 observaciones de empleo del kousso anotadas por BÉRENGER-FÉRAUD en los hospitales de la marina, sólo en 67 casos se consiguió la expulsión de la cabeza, es decir, en una proporción menor de 1 á 10, lo cual constituye una proporción de éxitos verdaderamente mínima.

(2) En Anjou y en los países en donde el aceite verde de pepitas de calabaza se emplea por los aldeanos como condimento, los médicos rara vez tienen ocasión de observar casos de tenia (LABOULBÈNE).

infantil. Como Davaine, Laboulbène, Dujardin-Beaumetz (1), A. Mathieu (2), Picot y D'Espine (3) y Sanné (4), creemos que puede prestar servicios tratándose de niños. En las personas mayores, da resultados algunas veces, pero muy pocas, como lo demuestra la estadística de Bérenger-Féraud, que sólo ha obtenido el 4 por 100 de éxitos satisfactorios (5).

Una señora, á la cual asistimos, nos afirmó que las pepitas de calabaza la habían desembarazado de una tenia que el kousso y los preparados de granado no habían podido expulsar por completo. Es éste un caso realmente raro, pero que nos ha parecido debe ser aceptado como verdadero por la precisión de los datos suministrados por la enferma, la cual estaba en aquel entonces asistida por médicos muy expertos.

Según Heckel, el principio activo de las pepitas de calabaza está en el perispermo, segunda envoltura verduzca, que fácilmente se aisla cuando se han mondado aquéllas, y depende de la presencia de una resina llamada *pepo-resina*. Las pepitas de calabaza amarilla son, al parecer, las más ricas en pepo-resina y por ende las más eficaces. Fonssagrives ha citado una observación favorable al empleo de dicha envoltura en lugar de la pepita (6). 100 gramos de pepita dan 16 ó 17 de perispermo. Sin embargo, las teorías de Heckel no han sido aceptadas sin contradicción. A. Dumas (de Cette) ha empleado varias veces el perispermo de las pepitas de calabaza sin ningún resultado.

Las pepitas de calabaza se administran á la dosis de 50, 60, á 90, 100 gramos ó más en las personas mayores: pueden tomarse simplemente mondadas ó chafadas y reducidas á una pasta, á la cual se añade azúcar y agua de azahar, pudiendo administrarse esta mezcla varios días seguidos.

Para los niños, la dosis es de 20 á 45 gramos: la pasta, mezclada con un look, con leche, miel ó confitura, la toman sin dificultad los enfermitos. Puede recetarse:

Pepitas de calabazas.	20 á 45 gramos.
Azúcar.	Q. s.
Mézclese, macháquese y añádase:	
Leche.	100 á 120 gramos.

(1) Dujardin-Beaumetz. — *Leçons de Clinique thérapeutique. Traitement des vers intestinaux*, t. I, 1885.

(2) A. Mathieu.—*Thérapeutique des maladies de l'intestin*, 1895.

(3) D'Espine y Picot.—*Manuel pratique des maladies de l'enfance*, 1894.

(4) Rilliet y Barthez.—*Traité des maladies de l'enfance*.

(5) En 349 casos tratados por las pepitas de calabaza (60 á 90 gramos) sólo 20 veces se ha encontrado la cabeza, es decir, que los éxitos sólo han sido de 4 por 100.

(6) Fonssagrives.—*Traité de thérapeutique appliquée*, t. II, 255.

Inmediatamente después adminístrese una dosis de *aceite de ricino* como purgante (10 á 30 gramos).

4.° Granado

A. — Las propiedades antihelmínticas del granado (corteza, hojas, frutos), conocidas desde muy antiguo, estaban bastante olvidadas cuando varios trabajos publicados á principios de este siglo volvieron á llamar la atención sobre ellas. Desde entonces, la corteza de este árbol (*Punica granatum*, familia de las *Mirtáceas)* empleada en cocimiento ha llegado á ser un tenicida usual, muy eficaz sobre todo en las comarcas meridionales en donde se puede disponer fácilmente de la planta tierna, lo cual es una condición del éxito. Laboulbène (2) recomienda especialmente el granado silvestre de los países cálidos. Se ha creído durante mucho tiempo que la corteza de la raíz era más activa que la del tronco; pero las observaciones de Marty (3), recogidas en el hospital del Dey de Argel, han demostrado que esta opinión carecía de fundamento y que las ramas medias poseen intactas las propiedades antihelmínticas. Estos resultados concuerdan con los de Bérenger-Feraud, quien, considerando la cuestión desde el punto de vista clínico, ha sentado las siguientes conclusiones:

1.° La corteza de granado tierna es, en igualdad de circunstancias, más eficaz que la seca.

2.° La corteza de los tallos, desde el tronco hasta las ramas de segundo año, es buena para la expulsión de la tenia cuando procede de árboles vigorosos.

3.° La corteza del tronco de los granados viejos es á menudo menos eficaz que la de las ramas de segundo ó tercer año.

4.° La corteza que procede de un árbol vigoroso es notablemente más activa que la procedente de un árbol enfermo ó demasiado viejo.

5.° La corteza de las ramas de un año tiene una acción muy débil y á menudo nula.

6.° Las hojas, las flores y la cáscara del fruto no tienen eficacia tenífuga muy marcada.

B.—*Modo de administrarlo y dosis.*—El *cocimiento* ó *apocema* se prepara de la manera siguiente:

(1) Laboulbène.—*Sur une manière simple et commode de faire rendre le tœnia (Bulletin de Thérapeutique*, 1873, t. LXXXV, pág. 145).

(2) Marty.— *Valeur relative de diverses préparations d'écorce de grenadier dans le traitement du tœnia (Bull. de Thérapeutique*, 1878, t. XCIV, pág. 145).

Corteza tierna de raíz de granado.. . . . . 60 gramos.
Agua.. . . . . 750 »

Póngase en maceración durante doce horas y luego redúzcase á fuego lento primero y después por ebullición hasta el volumen de 300 á 400 gramos aproximadamente.

El enfermo, sometido el día antes á la dieta relativa que hemos indicado, toma por la mañana en una ó dos veces este apocema frío y decantado, pero no filtrado. A pesar de la precaución de tomar antes ó después de este amargo brebaje una substancia sápida aromatizada y de beberlo muy frío, este medicamento provoca náuseas y á veces vómitos.

Algún tiempo después de la ingestión (hora ú hora y media) y en el momento en que el enfermo experimenta una sensación con frecuencia comparada con «algo que se mueve en el cuerpo» ó siente dolores abdominales, se administra un purgante oleoso ó salino, generalmente 30 gramos de *aceite de ricino*. Tal era el método adoptado en el servicio de M. Laboulbène en el hospital Necker, en donde hemos visto los buenos resultados que ha producido en numerosos enfermos que acudían á la consulta externa (1874), método que hemos empleado nosotros muchas veces con éxito.

C.—*Principio activo: pelletierina.*—La corteza de granado merecía en verdad que la sacaran del olvido en que yacía; pero á causa de los inconvenientes que ofrecía la ingestión del medicamento al natural, procuróse extraer de éste el principio activo á que es debida su eficacia terapéutica.

Righini consiguió preparar con esta corteza una substancia compleja, la *punicina*, mal definida y de un efecto incompleto. A Tanret corresponde el mérito de haber aislado los alcaloides del granado (1), realizando con ello verdaderos progresos en la medicación tenicida. En efecto, así como el apocema, tan desagradable de tomar, daba únicamente el 30 por 100 de éxitos (estadísticas recogidas por Bérenger-Féraud), el empleo de la *pelletierina* arrojaba al poco tiempo una proporción de éxitos superior á 65 por 100.

Los trabajos de Tanret permitieron á éste reconocer en la corteza del granado cuatro alcaloides que, desde el punto de vista químico y terapéutico, constituyen dos grupos diferentes (2).

(1) TANRET.—Sobre la pelletierina, alcaloide extraído de la corteza del granado *(Bull. Thérap.* 1878, XCIV, pág. 455 y *C. R. Académie des sciences*, 1878, pág. 1270, 358, Abril de 1879, Marzo de 1880. TANRET dió el nombre de *pelletierina* al nuevo alcaloide que acababa de descubrir en la corteza del granado, en honor del sabio que tanto ha contribuído al descubrimiento de los alcaloides de origen vegetal.

(2) TANRET.—*C. R. Ac. des sciences*, LXXVIII, pág. 716; XC, pág. 690.

Los álcalis de estos dos grupos se distinguen uno de otro, desde el punto de vista quí-

1.° La *pelletierina* y la *isopelletierina*, que son tenicidas; 2.° la *seudopelletierina* y la *metilpelletierina* que, ora aisladamente, ora asociadas, no producen efecto alguno sobre la tenia (Bérenger-Féraud).

Las dos primeras son, por consiguiente, las únicas empleadas y se administran en forma de *sales mixtas* (1) *(sulfato, tanato)* que contienen á la vez pelletierina é isopelletierina.

En la actualidad, estos preparados reemplazan á la planta al natural. No habiendo dado en un principio el *sulfato* resultados tan satisfactorios como era permitido esperar, Dujardin-Beaumetz ideó añadirle una pequeña cantidad de tanino, que en la corteza se encuentra naturalmente asociado con la pelletierina. Y en efecto, administrando el sulfato de pelletierina (25 centigramos) en una solución que contenía tanino, la eficacia del medicamento aumentó de una manera notable. Esta mezcla es la que impropiamente se designa con el nombre de *tanato de pelletierina*, siendo conveniente especificarlo bien, porque existe un verdadero tanato mixto de pelletierina, que se prepara haciendo que el tanino obre sobre el sulfato mixto.

El *tanato mixto* se presenta bajo la forma de un polvo amorfo, poco soluble en el agua, soluble en los ácidos, y en el momento de usarlo se disuelve con ácido tártrico (2). Los autores (Bérenger-Féraud, Tanret) no están de acuerdo acerca de la eficacia relativa de las sales mixtas de pelletierina.

D.—*Efectos fisiológicos.*—Tanret, después de haber ensayado en sí mismo los efectos fisiológicos del alcaloide que acababa de descubrir, consignaba ya en su primera comunicación que una dosis de 14 centigramos bastaba para determinar vértigos y una disminución de frecuencia del pulso. Reanudado este estudio y completado desde el punto de vista experimental y clínico por Dujardin-Beaumetz y su discípulo Rochemure, éstos dedujeron de sus investigaciones que la pelletierina, obrando como

mico, en que el bicarbonato de sosa no altera en los dos primeros la situación de las sales al paso que la altera fácilmente en los segundos.

La *pelletierina*, $C^{16}\ H^{15}\ NO^2$ (ó $C^8\ H^{13}\ NO$, fórmula atómica) es un líquido oleaginoso, incoloro, de olor fétido, fuertemente alcalino, muy alterable al aire, soluble en veinte veces su peso de agua y soluble en todas proporciones en el alcohol, el éter y el cloroformo. La isopelletierina, su isómero, presenta una gran parte de las propiedades precedentes, pero no obra sobre la luz polarizada, al paso que la pelletierina es dextrógira.

(1) Véase Dupuy.—*Cours de pharmacie*, 1895, t. II, fasc. 2, pág. 593.

(2) El tanato mixto se prepara haciendo obrar una solución que contenga 3 gr. 28 de tanino por gramo de sulfato y neutralizando por el amoníaco. El precipitado que se recoge se pulveriza en el momento en que se necesita, se pone en suspensión en 50 veces su peso de agua y se disuelve por medio del ácido tártrico echado gota á gota en la mezcla hasta la completa disolución *(Codex*, 1884, pág. 313).

el curare, «lleva su acción á la extremidad de los nervios motores, cuya neurilidad destruye, conservando, empero, la contractilidad muscular intacta y la sensibilidad.»

En el hombre, la dosis de 40 centigramos produce vértigos, desfallecimientos, parálisis muscular, trastornos oculares, fenómenos debidos probablemente á una congestión de los vasos del ojo y del encéfalo. Asimismo se observan cefalalgia, calambres, vahidos, náuseas y á veces vómitos.

E.—*Dosis y modos de administración.*—Dada la acción tóxica de este alcaloide, el médico debe obrar con prudencia y observar determinadas reglas en la administración del medicamento:

1.° *¿A qué dosis debe darse?*

2.° *¿Qué precauciones hay que tomar?*

3.° *¿Su energía de acción lo contraindica en determinados enfermos?*

1.° Para los adultos, se ha adoptado generalmente el método preconizado por Dujardin-Beaumetz (1). Después de haber tenido la víspera al enfermo á dieta láctea, se le administran por la mañana en ayunas de 25 á 40 centigramos de sulfato mixto de pelletierina en una solución tánica (50 centigramos de tanino) ó el tanato de pelletierina preparado según hemos visto antes. Diez minutos después de la ingestión del medicamento, se da al enfermo un gran vaso de agua y á la media hora de tomado éste, un purgante (20 á 40 gramos de *aceite de ricino* ó una mezcla de 20 á 30 gramos de *aguardiente alemán* é igual cantidad de *jarabe de espino cerval).*

Bérenger-Féraud, por razón de la acción especial que la pelletierina ejerce sobre el intestino, administra, media hora antes de este alcaloide, una infusión de *sen* (10 gramos en 100 gramos de agua edulcorada con 30 gramos de jarabe de corteza de naranja amarga). La pelletierina se toma en dos veces, y media hora después de la segunda toma prescribe un purgante oleoso ó drástico, y si éste no produce evacuaciones se procura despertar la contracción de la túnica muscular del intestino por medio de grandes lavativas.

Para *los niños,* en el caso de decidirse á emplear en ellos este alcaloide, la dosis será naturalmente mucho menor: á los enfermos de cinco años se les dará una cucharadita de la solución de Tanret, seguida muy pronto de un purgante.

(1) Dujardin-Beaumetz. — *Leçons de clinique thérapeutique,* 1885, t. I, pág. 821, y *Bull. de thérapeutique,* 1879.

2.° El enfermo ha de permanecer echado y con los ojos cerrados desde el momento en que empieza á sentir náuseas ó vértigos. En general, los accidentes son de escasa importancia, salvo en ciertos individuos predispuestos.

3.° En previsión de sus efectos tóxicos posibles, se ha aconsejado por prudencia que no se administre la pelletierina á los niños, á los viejos ni á las mujeres embarazadas. Sin embargo, al decir de ciertos autores (1), el niño es menos sensible de lo que se cree á este alcaloide. D'Espine y Picot, Bétancés (2) han administrado una cucharadita (6 centigramos) de la solución de Tanret con éxito completo y sin ningún inconveniente á un niño de cinco años. Barthez y Sanné creen también que se pueda dar este medicamento á los niños, pero prefieren los tenífugos menos tóxicos. Parece, pues, que, aplicándolo con circunspección, puede prescribirse esta substancia á niños de seis años y aun de menor edad; sin embargo, como no cabe utilizar sin cierta desconfianza un agente tan activo, creemos que es más prudente renunciar á él en la patología infantil, á menos de que esté muy formalmente indicado.

En las mujeres embarazadas, si no hay gran urgencia, vale más abstenerse de recurrir á esta medicación, y en caso de que la intervención esté indicada, se administrará el tenífugo á dosis pequeñas y fraccionadas.

En los ancianos y en las personas debilitadas, es mejor, en nuestro concepto, renunciar á la pelletierina; si se decide á emplear este medicamento, se dará á pequeñas dosis.

La eficacia del método que acabamos de exponer, seguido con regularidad, es bastante grande para que la corteza de raíz de granado primero y la pelletierina después hayan ocupado durante muchos años el primer lugar entre los tenífugos. En la actualidad, muchos médicos prefieren el *extracto etéreo de helecho macho* (3), debiéndose esta prefe-

(1) Méplain.—*Bull. de thérapeutique*, CXI, pág. 35, 15 Julio de 1886.

(2) Bétancés.—*Ibid.*, CXIX pág. 463.

(3) El cuadro de los diversos tenífugos consumidos en los hospitales de París desde 1860 á 1890, trazado según los registros de la Farmacia central, suministra una prueba evidente del lugar preponderante que en pocos años ha conquistado el extracto de helecho macho. En él se ve que, mientras disminuyen progresivamente en grandes proporciones las cifras del consumo del kousso y del granado, llegan casi á cero las del polvo de helecho y no se sostienen mucho tiempo á la altura á que alcanzaron las de la pelletierina, el consumo del extracto etéreo de helecho aumenta considerablemente desde 1884 á 1891, según lo demuestran las cantidades siguientes:

	1884	1890
Extracto etéreo de helecho macho.	600 gramos	4.260 gramos
Cápsulas.	780 »	15.180 »

Durand Fardel.—Frecuencia de la tenia en Francia (*Bull. Acad. de Médecine*, Febrero de 1892).

rencia á la facilidad con que se administra este medicamento y á la seguridad mayor que inspira.

Mas, como siempre sucede con los medicamentos muy usados, han ocurrido accidentes, algunos de ellos muy graves, que han demostrado que esa seguridad es falaz, y que si el rizoma de helecho macho, que nos falta estudiar todavía, es un buen tenífugo como el granado, el empleo de uno y otro medicamento exige grandes precauciones. Por lo que á nosotros se refiere, sin tratar de establecer una división jerárquica entre ambos antihelmínticos á los cuales recurrimos, nos sentimos más inclinados á la opinión de Laboulbène, Dujardin-Beaumetz y Bérenger-Féraud, y á dar la preferencia, por la constancia de sus efectos, á los preparados de corteza de granado. La pelletierina, manejada con prudencia, no ha ocasionado, que sepamos, accidentes tan graves como el extracto etéreo.

5.° Helecho macho

El helecho ha sido empleado como antihelmíntico desde antigua fecha. Esta planta constituía la base de muchos remedios secretos contra la lombriz solitaria, y en particular del remedio famoso de M.me Nüffler, cuya fórmula hizo publicar Luis XVI (1775) después de haber pagado por ella 1.800 libras (1). Desde entonces empezó á vulgarizarse el uso del helecho, que se generalizó mucho más cuando Peschier consiguió preparar la materia óleo-resinosa designada con el nombre de *extracto etéreo*, empleándose muy luego contra las diversas especies de helmintos y no únicamente contra las lombrices en forma de cintas. Eficaz contra el botriocéfalo y contra las tenias, es el remedio preferido en la anquilostomasia: en la lumbricosis y contra los oxiuros, parece menos indicado.

A pesar de la importancia terapéutica alcanzada por este medicamento, se sabe todavía muy poco acerca de su composición química, de su acción fisiológica y de su grado de toxicidad. Estas cuestiones, estudiadas en el extranjero por Rulle, Quirll, Prévost y Binet, Poulsson, Katayama y Okhamoto, Masius, Van Aubel, después de haber sido indicadas en Francia á los médicos por Soulié (2), Lépine (3), Manquat (4), han sido recientemente el tema de las tesis de Bouteillier (5) y de Feydel (6).

Por la importancia del asunto hemos creído que sería útil para nues-

(1) Fonssagrives.—Art. Fougère. Uso médico. *(Dict. Encycl. des sc. médicales).*
(2) Soulié.—*Traité de Thérapeutique*, t. I, pág. 57, 1891.
(3) Lépine.—*Semaine médicale*, 1891, pág. 337, 465.
(4) Manquat.—*Traite de Thérapeutique*, 1897, t. I, pág. 459.
(5) Bouteillier.—*Des accidents causés par la fougère mâle.* Estudio, clínico y terapéutico. *Th de Burdeos*, 1896, n.° 47, inspirada por el profesor M. de Nabias, *Loc. cit.*
(6) Feydel.—*Toxicité de l'acide filicique.* Tesis de Tolosa, 1897.

tros lectores dedicar en este capítulo mayor espacio que de costumbre á la historia del medicamento y de su acción fisiológica, poco vulgarizada todavía entre nosotros.

El mejor *rizoma* lo proporciona el helecho macho del Jura, de los Vosgos, de Wolmar y debe ser cogido antes del otoño y empleado tierno.

La planta seca, de los Alpes, de Italia, y sobre todo de la Normandía, son mucho menos activas (1).

Los rizomas de buena calidad presentan en la superficie del corte un color verde debido al aceite esencial que interviene en el poder tenicida de la planta.

La energía del extracto etéreo varía forzosamente según la calidad del rizoma que se ha empleado en su preparación y también según el tiempo que lleva de estar preparado.

A. — CARACTERES. — COMPOSICIÓN

En el rizoma y en el extracto etéreo de *helecho macho* se encuentran, entre otras, las siguientes substancias: el *ácido filícico*, que es considerado como su principio activo; un *aceite esencial* que contribuye también á la eficacia terapéutica del medicamento; un *aceite graso* y un *tanino*.

Las recientes investigaciones de Poulsson (2) permiten suponer que hay dos clases de ácido filícico: uno *amorfo* ($C^{35}H^{42}O^{13}$), *muy tóxico*, parece ser el principio esencialmente activo y antihelmíntico; otro *cristalizado*, *inactivo (filicina* de Tromsdorff) sólo difiere del primero en que tiene un equivalente menos de agua ($C^{35}H^{40}O^{12}$).

El *ácido filícico es muy soluble en los aceites*, circunstancia que ha de tenerse muy en cuenta, puesto que el aceite de ricino, á menudo administrado para coadyuvar á la acción tenífuga del medicamento, puede facilitar la absorción de este principio tóxico y por consiguiente los accidentes.

Desde el momento en que los rizomas y el extracto etéreo contienen cantidades variables de principio activo, era lógico que se propusiera el empleo del ácido filícico mismo. Poulsson lo preconizó, mas no se tardó en reconocer que el ácido filícico, dotado de gran energía tóxica, tiene un poder tenicida inferior al del *extracto fresco*, diferencia que, al parecer, se explica por la presencia en este último de un *aceite esencial* cuyo poder antihelmíntico ha demostrado *in vitro* Kobert. En efecto, la tenia

(1) Bérenger-Féraud.— Valor tenífugo del helecho macho de Normandía (*Bull. thérapeutique*, 1886, CX, pag. 481).

(2) Poulsson.—*Archiv für experiment. Pathol. und Pharm.*, Julio, 1891, B. 29, pág. 1.

y el botriocéfalo se mueren á las dos horas y media de permanecer en un líquido que contenga este aceite esencial en la proporción de 1 por 1.250 y viven todavía después de estar veinticuatro horas en un líquido que tenga en suspensión 1 por 1000 de ácido filícico.

B.—ACCIÓN FISIOLÓGICA.—TOXICIDAD

El estudio experimental de la toxicidad del ácido filícico y del extracto etéreo demuestra que estas substancias obran sobre el animal primeramente como un irritante local sobre el estómago y el intestino (náuseas, vómitos, diarrea); después sobrevienen la debilidad muscular, la parálisis con rigidez, las contracturas y la disnea progresiva, parándose finalmente el corazón en sístole.

En el hombre con las dosis terapéuticas que ordinariamente se prescriben en Francia (6 á 8 gramos), únicamente se observan accidentes sin importancia (náuseas, diarrea, cefalalgia, vómitos); pero la ingestión de dosis mucho más fuertes, 10, 15, 20, 30 gramos (Alemania, Italia), ha producido accidentes graves en el sistema nervioso central (vértigos, convulsiones tetánicas, coma), ictericia, albuminuria, amaurosis y á veces la ceguera absoluta (1), habiendo terminado los accidentes por la muerte en siete casos.

La amaurosis ha podido ser producida artificialmente en el perro (Masius y Mahaim, Van Aubel). La lesión de los tubos nerviosos en la intoxicación por el extracto etéreo de helecho macho es consecutiva á la inflamación de los capilares y de los pequeños vasos, cuyas paredes, dilatadas y engrosadas, estrangulan la substancia nerviosa, que acaba por desaparecer si la alteración vascular aumenta.

Sin salirnos de los límites que nos han sido impuestos en un artículo como el presente, no podemos hacer un estudio detallado de los accidentes tóxicos determinados por el helecho macho ó por su principio activo (2); sin embargo, de las sucintas nociones que acabamos de exponer sobre cuestión tan interesante, se desprende una enseñanza que nos servirá para establecer las reglas de administración del medicamento (3).

1.° Procurar, en lo posible, disponer de un producto preparado en

(1) KATAYAMA y OKAMATO.—Estudio sobre la amaurosis filícica *(Viertelj. für gericht Mediz.*, 1894. R. S. M. XLVII, 92).—MASIUS y MAHAIM *(Bull. Ac. de Med. de Belgique*, 1895, pág. 649, 940).—VAN AUBEL *(Ibid.*, 654, 840).

(2) Véase VAN AUBEL.— *Contribution à l'étude de la toxicité de la fuogère mâle. (Ibid.*, pág. 840). Trabajo interesante que contiene, además de las investigaciones del autor, una revista de los trabajos anteriores y el análisis patogénico de los accidentes observados. *Loc. cit.*

(3) Véase más adelante, pág. 661: *Envenenamiento por los preparados de helecho macho. Precauciones profilácticas.*

las condiciones exigidas de *eficacia* y de *constancia* (1) y no elevar la dosis de helecho más allá de 6 á 12 gramos en las condiciones ordinarias.

2.° No repetir la medicación durante muchos días consecutivos.

3.° Evitar la administración del aceite de ricino como purgante, porque favorece la disolución y por ende la absorción del principio tóxico.

4.° No someter al enfermo á un régimen severo antes de darle el medicamento, porque la vacuidad del intestino favorece la absorción.

5.° Tener en cuenta el estado general del enfermo y en particular el estado del hígado y de los riñones.

Iguales recomendaciones deben hacerse naturalmente respecto del extracto etéreo de helecho macho, siendo preciso cuidar de que no se forme un precipitado en el fondo del frasco y agitarlo bien á fin de que la mezcla sea homogénea. Y aun será mejor renunciar á este medicamento cuando sea viejo (2).

C.—PREPARACIONES FARMACOLÓGICAS
MODO DE ADMINISTRACIÓN.—DOSIS

D.—Los preparados de rizoma de helecho macho más usados son los *polvos* y el *extracto*. Contra el anquilostoma se prescriben dosis algo mayores que cuando se trata de tenias.

1.° Los *polvos*, «que deben ser verdes y recordar el olor del rizoma» (Códex), han sido recetados á muy diferentes dosis, desde 2 ó 4 gramos á 25, 30 y hasta 50. Pues bien, estas dosis tan pronto resultan ineficaces como son causa de accidentes graves, á veces mortales, lo cual se explica por el hecho de haberse empleado rizomas de distinto origen, ó recogidos en malas condiciones, ó demasiado viejos, ó de helechos hembras ó de otras plantas que se han tomado por helechos. Así se comprende que dosis de 6 á 10 gramos basten para producir la expulsión de la tenia, mientras que en otros casos dosis de 30 y aun de 60 gramos no hayan dado resul-

(1) Van Aubel recuerda que el extracto etéreo que lleva algún tiempo de preparado, deposita en el frasco que lo contiene una pequeña masa granulosa, en la cual hay una parte de ácido filícico amorfo que se ha precipitado. La actividad y la toxicidad de la parte inferior son, pues, muy distintas de las de las capas superiores del líquido, de modo que el farmacéutico ha de agitar bien el frasco antes de entregar una parte de su contenido.

(2) Poulsson ha demostrado que cuando se disuelve el ácido filícico cristalizado inactivo en un álcali, el amoníaco por ejemplo, y luego se descompone por medio de un ácido la sal producida, el precipitado amorfo de ácido filícico así obtenido, presenta exactamente la misma acción tóxica que el extracto de helecho. Van Aubel, partiendo de este hecho, propone el siguiente procedimiento para hacer activo un extracto etéreo viejo que contenga mucha filicina. Comienza por añadir amoníaco hasta una reacción francamente alcalina y luego adiciona al producto de este modo obtenido ácido clorhídrico hasta una reacción fuertemente ácida. Pero las condiciones de este rejuvenecimiento hacen pensar que en la práctica hay que renunciar á un extracto viejo, y aun mejor no usar más que extracto preparado con rizomas recientemente cogidos y secados.

tado alguno. Sin embargo, aparte de las circunstancias intrínsecas que dependen del medicamento, hay que tener en cuenta los diversos modos de administrarlo: ingestión de aceite de ricino que facilita la absorción del ácido filícico, principio tóxico; ingestión de alcohol ó de vino (método de Perroncito contra la anquilostomasia), que facilita la absorción del aceite esencial, principio antihelmíntico, y muy poco la del ácido filícico.

El *remedio de Nuffer* contenía 12 gramos de *polvos* que se tomaban en ayunas en 120 á 180 gramos de agua de tilo. Si el enfermo vomitaba el medicamento, se administraba una nueva dosis y dos horas después se daba un bolo purgante compuesto de:

Calomelanos.	aa. 0 gr. 60
Resina de escamonea.	
Gutagamba.	0 gr. 25
Confección de Jacinto.	C. s.

M. s. a.

Después de este bolo, una infusión de té.

La víspera, el enfermo había tomado una panetela con manteca, y si estaba estreñido, una lavativa purgante.

Los *polvos* de rizoma de helecho servían también para un cocimiento:

Polvo de raíz de helecho.	25 á 50 gramos
Agua.	1,000 —

Redúzcase por la ebullición á 500 gramos.

Este cocimiento, prescrito solo ó como coadyuvante de los polvos, es un medicamento inseguro que con razón ha caído en el olvido.

2.° El *aceite etéreo* presenta, á igualdad de dosis, una acción menos enérgica que el *extracto etéreo* y por esta razón rara vez se emplea (1).

3.° El *extracto etéreo*, que ha venido á sustituir á los polvos, ha sido con frecuencia prescrito asociado á éstos en la fórmula siguiente (bolos de Peschier):

Extracto óleo-resinoso de helecho macho.	0 gr. 20
Raíz de helecho macho pulverizada.	0 gr. 50
Conserva de rosas.	C. s.

M. s. a. Para un bolo. 10 bolos en una vez.

Trousseau daba el extracto etéreo solo y después de la última dosis administraba 50 gramos de *jarabe de éter* y media hora después un purgante *(aceite de ricino*, ó *aceite de croton*, ó *calomelanos* y *jalapa)*.

(1) Algunas veces ha sido equivocadamente confundido con el *extracto etéreo* (extracto óleo-resinoso), único que el Códex menciona y que algunos designan impropiamente con el nombre de *aceite etéreo*.

En la actualidad ha prevalecido la administración simultánea del extracto etéreo y del purgante (1) según la fórmula preconizada por Créquy:

Extracto de helecho macho.	0 gr. 50
Calomelanos.	0 gr. 05

Para una cápsula.

12 á 16 parecidas para el adulto, que las tomará de dos en dos cada diez minutos. Dos horas después, si la tenia no ha sido expulsada, se administra jarabe de éter ó un purgante.

El extracto etéreo se da también en *poción*, por ejemplo:

Extracto etéreo de helecho macho.	4 á 8 gramos
Jarabe de éter.	30 á 40 —
Agua de melisa.	40 —
Poción gomosa.	100 —

H. s. a. una poción.

ó en píldoras:

Extracto etéreo de helecho macho.	0 gr. 20
Goma arábiga.	0 gr. 05
Agua.	0 gr. 05
Helecho macho pulverizado.	C. s.

H. s. a. Para una píldora, 10 por la noche y 10 á la mañana siguiente.

Bouteillier aconseja los sellos siguientes:

Extracto etéreo de helecho macho.	8 gramos
Calomelanos.	0 gr. 50
Regaliz.	20 gramos

H. s. a. 16 sellos que se tomarán de dos en dos cada diez minutos.

La dosis de regaliz está calculada de modo que la mezcla absorba el extracto y no se produzca rezumamiento.

4.° Las dos substancias á las cuales debe su acción el helecho macho, el *ácido filícico* y el *aceite esencial* contenido en el rizoma ¿pueden reemplazar á la planta?

A.—El *ácido filícico* amorfo, que *a priori* tiene la ventaja de sustituir un producto complejo y de acción variable, con un producto sencillo y definido, debe emplearse con prudencia suma, y aun nos mueve á aconsejar que no se emplee su toxicidad considerable, no compensada por un poder antihelmíntico tan grande como se había creído. Los pocos autores que se han ocupado de este asunto, todavía en estudio, se muestran muy reservados sobre este particular.

(1) Las cápsulas de Créquy, fáciles de tomar y á menudo eficaces, han sido muy bien acogidas por el mundo médico. Las cápsulas, si están bien hechas, son, al parecer, un buen modo de administrar el extracto etéreo; la dosis del principio activo que contiene cada una de ellas en el momento de la confección es siempre la misma, aunque dicho principio se precipite, como sucede cuando se ha conservado el extracto mucho tiempo en frascos.

De esta substancia, lo mismo que de los polvos y del extracto, se administra una dosis menor en la teniasia que en la anquilostomasia. Si este agente ha de figurar en la materia médica, preciso será determinar su posología: en la actualidad no puede ésta fijarse, según lo declara Lépine.

B.—La *esencia de helecho*, cuyo poder tenicida ha señalado Kobert, ha sido estudiada experimentalmente por Van Aubel en la rana, en el perro y en el conejo, y sus efectos fisiológicos y tóxicos se parecen, según dicho autor, á los de la esencia de trementina.

Si el medicamento se emplea solo,—y á esto se inclina claramente Van Aubel,—la *dosis* ha de ser de 1 gramo en la teniasia y de 1 gramo y medio contra los anquilostomas. Se prescribirá en cápsulas, y un poco después se dará una taza de leche.

Si se quiere reunir ambas substancias activas en una misma poción, Van Aubel propone que contra las lombrices en forma de cintas se las asocie según la fórmula siguiente:

Acido filícico amorfo..	0 gr. 40
Esencia de helecho.	0 gr. 60
Esencia de canela..	X gotas
Goma arábiga.	8 gramos
Jarabe simple.	50 —
Agua destilada..	96 —

H. s. a.—Tómese en dos veces.

Si se hubiese de provocar la expulsión de anquilostomas, la dosis de ácido filícico se elevaría á 60 centigramos y la de esencia de helecho á 90. Dos horas después se administrará un purgante (escamonea y jalapa).

La emulsión formada por la adición de la goma tiene, al parecer, por objeto multiplicar los contactos de las dos substancias antihelmínticas con el parásito: al mismo tiempo, la capa de goma retarda la absorción de aquéllas. Por otra parte, Poulsson ha dicho que la absorción del ácido filícico es por regla general muy lenta. En el segundo tiempo, el purgante expulsa al gusano, entorpecido por el contacto del tenicida, y arrastra mecánicamente los antihelmínticos antes de que su absorción pueda producir accidentes.

No sabemos si los experimentos de nuestro sabio colega de Lieja han recibido la sanción de la experiencia clínica: esos experimentos merecen que se fije en ellos la atención, pero faltan todavía elementos para apreciar su valor práctico.

Puesto que la esencia de trementina y la de helecho tienen una acción parecida sobre los animales y puesto que la segunda apenas está, ó no

lo está en absoluto, á la disposición del médico, haremos observar que podría hacerse la prueba de dar una dosis relativamente pequeña de extracto de helecho y reforzar su acción tenífuga prescribiendo algunas cápsulas de *esencia de trementina* pura.

D. — POSOLOGÍA EN EL NIÑO

Hasta ahora sólo hemos hablado del adulto; pero el helecho tiene también su aplicación como vermífugo en el niño. A partir de cierta edad (5 á 6 años solamente), podrán administrarse las cápsulas de Créquy en número proporcionado á la edad del enfermo.

Si el niño no sabe tragar, se dará el extracto etéreo en forma de electuario, de óleo-sacaruro, de emulsión, de poción á la dosis de 1 á 3 ó 4 gramos, según la edad y el estado de robustez de enfermo.

A título de ejemplo daremos las siguientes fórmulas:

1.° Extracto etéreo de helecho macho. . . . . 2 á 3 gramos
Calomelanos. . . . . 0 gr. 20 á 0 gr. 25
Conserva de rosas ó miel. . . . . 20 á 30 gramos
H. s. a. electuario, que se tomará en cuatro ó cinco veces por la mañana en ayunas.

2.° Extracto etéreo de helecho macho. . . . . 3 gramos
Jarabe de trementina. . . . . 25 —
Goma arábiga. . . . . 3 —
Agua destilada. . . . . 30 —
Alcoholado de canela. . . . . C. s. para aromatizar
H. s. a. Tómese en una taza de leche, en una ó dos veces por la mañana en ayunas. Hora y media después dense 20 á 40 centigramos de calomelanos.

3.° Extracto etéreo de helecho macho. . . . . 3 á 4 gramos
Calomelanos al vapor. . . . . 0 gr. 30 á 0 gr. 40
Azúcar en polvo. . . . . 15 á 20 gramos
Gelatina. . . . . C. s.
H. s. a. electuario. Tómese en cuatro ó seis veces por la mañana en ayunas.

Baumel, Descroizilles, Duchesne (1) han prescrito fórmulas, de las cuales son una ligera modificación las que dejamos señaladas con los números 2 y 3.

Tratándose de un niño, aún mucho más que tratándose de un adulto, conviene proceder con prudencia en la administración del purgante que hay que dar poco después de la ingestión del tenífugo. El *aceite de ricino* será reemplazado con ventaja por los *calomelanos*, la *escamonea* ó el *sulfato de sosa*.

Como casi todos los médicos que han estudiado la acción antihelmíntica del helecho macho, desde los trabajos de Poulsson y el caso de Freyer,—muerte de un niño de tres años determinada por la ingestión de

(1) V. COMBY.—*Formulaire thérapeutique et prophylaxie des maladies des enfants*, 1894, pág. 557.

ocho cápsulas cada una de las cuales contenía 1 gramo de extracto y 1 gramo de aceite de ricino, cuando pocas semanas antes había el enfermo tomado impunemente una dosis doble de extracto no asociado con el aceite,—somos contrarios al uso de este purgante. Sin embargo, no terminaremos este capítulo sin citar el experimento de Bouteillier, que demuestra que la reacción alcalina del intestino basta para que el ácido filícico se disuelva en él, y la hipótesis,— que necesita comprobación,— según la cual los sulfatos de sosa y de magnesia, que suspenden esa solubilidad, pueden darse como antídoto del ácido filícico.

En Francia, los niños sólo tienen la tenia. Según los médicos rusos, el botriocéfalo es más nocivo que las otras variedades de helmintos y produce á veces una anemia perniciosa que desaparece cuando, merced á la administración de un antihelmíntico, se encuentra el enfermito libre de tan molesto huésped. El botriocéfalo, á menudo mucho más difícil de expulsar que la tenia, debe ser tratado por la misma medicación que ésta. Schmidt (1) ha aconsejado para los niños que tienen el botriocéfalo, las pastillas de *óxido de cobre*.

E.—ENVENENAMIENTO POR LOS PREPARADOS DE HELECHO
PRECAUCIONES PROFILÁCTICAS

1.° Hasta estos últimos años, sólo se habían señalado como consecutivos al empleo del helecho macho, accidentes de poca importancia, vértigos, vómitos; pero á medida que se iba generalizando el uso de esta medicación, publicáronse en la prensa extranjera algunos casos de accidentes aislados muy graves. Soulié (2) llamó la atención sobre estos hechos poco conocidos, escribiendo: «El práctico ignora demasiado que, si la dosis es sobrado elevada, puede ocurrir un envenenamiento, hasta mortal.» Lépine (3) resumía todos los casos de intoxicación reunidos en el reciente estudio de Poulsson y los aclaraba con la exposición de los trabajos de Rulle, Quirll, Prévost y Binet, y Poulsson, sobre la acción fisiológica y tóxica del extracto etéreo y de su principio activo.

(1) SCHMIDT citado por COMBY.—*Traitement du tœnia chez les enfants. Médecine moderne*, 1896, pág. 497.

Óxido negro de cobre		5 gramos
Creta preparada	aa.	1 —
Carbonato de magnesia		
Goma tragacanto		10 —
Glicerina		5 —
Azúcar		40 —
Agua		C. s.

H. s. a. 50 pastillas: dos ó tres al día.

(2) SOULIÉ.—*Traité de thérapeutique*, t. I, pág. 59, 1891.

(3) LÉPINE.—Sobre la toxicidad del helecho macho. *Semaine médicale*, 1891, pág. 337, 465.

Los accidentes observados podían agruparse del modo siguiente: 1.° síntomas de irritación gastro-intestinal, caracterizada por vómitos, diarrea y náuseas; 2.° fenómenos generales y síntomas nerviosos (vértigos, síncopes, temblores, convulsiones tetaniformes, parálisis, coma); 3.° trastornos oculares (dilatación pupilar, amaurosis, ceguera); 4.° albuminuria, glucosuria (1).

En la autopsia, se encontró rubicundez y hemorragias en la mucosa.

Nuevos casos de intoxicación publicados desde entonces (2) han contribuído á dar á conocer mejor estos accidentes, su naturaleza y su gravedad, y han inducido á sentar reglas de profilaxia. Veamos, en efecto, lo que acontece.

El entorpecimiento, la parálisis de los helmintos que se quiere expulsar, son resultado de un fenómeno *local;* los accidentes graves son resultado de una *intoxicación general* consecutiva á la absorción por el intestino del principio tóxico del helecho, el cual, según hemos visto, se absorbe lentamente. Administrando el medicamento bajo una forma que retarde aún más esta absorción y favorezca al mismo tiempo el contacto del antihelmíntico y del parásito, puede llegarse al resultado de que el purgante, administrado en el segundo tiempo de la medicación, arrastre mecánicamente el ácido filícico antes de que haya tenido tiempo de pasar á la circulación general y producir una perturbación más ó menos seria.

En las anteriores páginas hemos tratado esta cuestión; ahora debemos indicar las reglas profilácticas que de lo dicho se desprenden.

2.° *Precauciones que deben tomarse.*—A.—1.° Contentarse la víspera con un régimen lácteo ó media ración; pero no tener al enfermo á dieta rigurosa, pues con ella se facilitaría la absorción del medicamento.

2.° Tener una preparación de helecho hecha en las condiciones favorables de eficacia y no prescribir nunca dosis elevadas.

3.° En el adulto, bastan generalmente de 6 *á* 12 *gramos de polvo,* 4 *á* 6 *ú* 8 *gramos de extracto etéreo de buena calidad.* La cantidad debe ser menor para los niños y para los individuos debilitados. Si es posible, dese el remedio de modo que se facilite su contacto con el parásito y se retrase la absorción (3). Al mismo tiempo, ó poco después de la ingestión del medicamento, adminístrese un purgante, que expulsará del organismo al gusano juntamente con la droga: este purgante no ha de ser oleoso; los *calomelanos,* la *escamonea,* la *jalapa,* el *aguardiente alemán*

(1) Esta glucosuria tal vez no sea real, porque el ácido filícico reduce el licor de Fehling, y aquí la reducción era quizás debida á la presencia en la orina de este principio tóxico, que se elimina en estado de filicato de sosa.

(2) Eich, Grawitz, Grosz y trabajos ya citados.

(3) Dándolo, por ejemplo, en emulsión ó en vino ó en alcohol.

(15 á 30 gramos con igual cantidad de jarabe), el *aceite de croton* (I, II gotas) responden mucho mejor que el aceite de ricino al fin que se desea. Por último, adminístrese una gran *lavativa* para facilitar la evacuación alvina en el caso de que ésta tarde en producirse.

Evitar la mezcla del helecho macho y del granado á las dosis ordinarias, ya que en muchos casos han ocurrido accidentes después de la administración de dosis demasiado altas de esta asociación medicamentosa.

4.° No volver á empezar al día siguiente, ni en los sucesivos, la medicación en el caso de que ésta haya fracasado.

B.—Al lado de estas primeras precauciones inspiradas en la *naturaleza* y *acción fisiológica del medicamento,* hay otras indicadas por el *estado de los enfermos.*

En unos veinticinco casos de accidentes, siete de ellos mortales, citados por Bouteillier, se cuentan cuatro defunciones de niños, proporción realmente considerable si se piensa que las tenias son más raras en los niños que en los adultos. Uno de los enfermos era sifilítico y alcohólico. En su consecuencia:

1.° Tener muy en cuenta la *edad,* las *fuerzas* y el *estado orgánico* del enfermo; examinar cuidadosamente el *estado físico y funcional de los riñones y del hígado,* y según sea el resultado de este examen, renunciar á esta medicación ó disminuir la dosis de la misma;

2.° Vigilar de cerca á los niños, á los debilitados y á los enfermos;

3.° No olvidar que, en virtud de ciertas susceptibilidades medicamentosas, en realidad poco frecuentes (idiosincrasias), pueden sobrevenir accidentes á pesar de las precauciones adoptadas.

C.—A los individuos debilitados, anémicos, hacerles guardar cama ó por lo menos obligarles á permanecer en posición echada y en reposo el día en que se les administre la medicación.

D.—Si los accidentes se producen, se procurará remediarlos con el tratamiento apropiado, según sea la naturaleza de los mismos. En el caso de amenaza de amaurosis, se ha aconsejado una *inyección de estricnina* en la región de la sien; pero no siempre los resultados han correspondido á lo que se esperaba. Pueden probarse también las inhalaciones de II á V gotas de *nitrito de amilo* con objeto de hacer cesar la contractura de los pequeños vasos, á la cual se debe, al parecer, la anemia papilar (Van Aubel), pues se ha probado que este medicamento ha dado buen resultado en casos de amaurosis en los cuales la estricnina no producía mejoría alguna (1).

(1) Teóricamente cabe suponer que cuando amenaza presentarse la ceguera podría esperarse una mejoría mediante la electrización del nervio óptico.

6.° Tenífugos compuestos. — Substancias tenífugas diversas

Si el helecho macho ó la corteza de granado empleados aisladamente no bastan para conseguir la expulsión de la cabeza, puede recurrirse á la asociación de ambos medicamentos en la época en que puede comenzarse de nuevo la medicación (1). Después del estudio que acabamos de hacer, creemos inútil añadir que el hecho de un fracaso anterior no debe mover á forzar la dosis útil. Hemos dicho y lo repetimos que en el tratamiento de la helmintiasis, *más que la cantidad*, son la *calidad* y el *modo de administración de los agentes antihelmínticos los que constituyen las condiciones del éxito*. De esto es de lo que principalmente ha de preocuparse el médico.

Muchos *remedios* y *específicos tenífugos* ó *antihelmínticos* que los enfermos se procuran generalmente sin consultar con el médico, contienen una mezcla de los diversos medicamentos que acabamos de estudiar (remedio de Vézu) (2), y algunas veces también substancias en cuya eficacia antes se creía y que hoy están completamente abandonadas ó se usan sólo por vía de excepción.

Recordaremos — dejando aparte los medicamentos exóticos *panna, mussena, tatzé*, etc.—que la *esencia de trementina*, el *éter sulfúrico*, el *cloroformo*, el *ajo*, la *sal marina*, el *carbón vegetal*, el *petróleo*, etc., se emplean todavía como tenífugos.

Las investigaciones de Van Aubel podrían tener como efecto demostrar que la esencia de trementina es susceptible de constituir un excelente auxiliar del extracto etéreo de helecho macho, cuya dosis sería entonces posible disminuir.

Por otra parte, la asociación del *cloroformo*, sea con el extracto de helecho macho, sea con otros medicamentos considerados como tenífugos, ha dado en estos últimos tiempos á varios autores en Francia (Duhourcau), en Alemania y en América resultados que no han pasado inadver-

(1) A fin de evitar los fenómenos nerviosos que la autosugestión puede engendrar en los neurópatas ó en los individuos predispuestos, cuando no se ha encontrado la cabeza después de la administración del tenífugo, no es malo decir que la cabeza ha sido expulsada en fragmentos ó que se ha perdido entre las materias evacuadas, afirmación que muchas veces resulta verdad y que, cuando menos, tranquiliza al enfermo mientras se esperan los acontecimientos.

(2)

Helecho macho.	aa. . .	25 gramos
Pepitas de calabaza.		
Alcoolaturo de raíz de granado..	5	—
Alcoholado de kousso al 1/4	5	—
Extracto etéreo de helecho macho. . . .	4	—

H. s. a. electuario.

tidos. Es útil consignar que, en la fórmula de M. Duhourcau (1), el extracto etéreo de helecho macho, empleado por otra parte en muy pequeña cantidad (1gr,20), se encuentra en presencia del cloroformo y del aceite de ricino que poseen, uno y otro, la propiedad de disolver el *ácido filícico*, y por consiguiente de hacer más fácil la absorción de este principio tóxico.

II.—GUSANOS NEMATODES

Nos ocuparemos especialmente del tratamiento de los ascárides, de los oxiuros y de los anquilostomas, y luego diremos algo del tricocéfalo, de las anguílulas y de las triquinas.

I

Ascárides lumbricoides ó lombrices

A.—CONSIDERACIONES GENERALES

El ascáride lumbricoide ó lombriz, muy conocido ya por los antiguos (ελμις στρογγυλη), ha estado muy extendido en todos tiempos y por toda la superficie del globo. Blanco ó rojizo, parecido á una lombriz de tierra de 15 á 17 centímetros de longitud el macho y de 20 á 25 la hembra, expulsado espontáneamente en las evacuaciones ó arrojado por los vómitos, no podía escapar á una observación, por superficial que ésta fuera, y necesariamente había de llamar la atención y dar origen á teorías. «Es el único verme,—dice Davaine,—cuya existencia no ha sido nunca discutida y al cual se han referido las teorías relativas á las enfermedades verminosas universales.» La historia de este parásito ha sido conocida progresivamente de un modo científico. Se ha sabido que el ascáride pone en el intestino una cantidad enorme de *huevos* provistos de una doble envoltura resistente. Estos huevos de 60 á 70 μ de largo por 30 á 60 μ de ancho, expulsados con las materias fecales, se diseminan por la tierra, en la que pueden permanecer mucho tiempo ó son arrastrados por las aguas (2).

Devueltos al tubo digestivo por el agua potable contaminada, por las

(1) DUHOURCAU. — Una nueva fórmula tenífuga. (*Les nouveaux remèdes*, 8 Octubre de 1892).

(2) Ciertas condiciones exteriores (calor, humedad, etc.) obran probablemente en los huevos para conservar, facilitar ó destruir su facultad germinativa. De aquí la producción, más ó menos frecuente en determinadas épocas y en ciertas condiciones, de enfermedades verminosas que á veces han revestido los caracteres de una epidemia.

legumbres ó las frutas sucias, crudas ó apenas cocidas, estos huevos encuentran en el intestino un medio favorable y engendran una nueva generación de vermes.

Este modo de desarrollarse explica por qué los ascárides son más frecuentes en los niños, en los locos, en los idiotas y en todos los que comen sin precaución alguna cuanto cae en sus manos, y por qué son mucho más comunes en el campo, en donde la higiene alimenticia es menos vigilada que en la ciudad. En las ciudades en donde se emplea el agua filtrada, se ha observado una notable disminución de estos parásitos.

El higienista y el médico utilizan estas nociones etiológicas para fijar la *profilaxia* de las afecciones verminosas, que no debe descuidarse, porque si bien hoy no podemos aceptar las exageraciones de los antiguos sobre las enfermedades y los accidentes por los vermes producidos, y sabemos que estos parásitos son á menudo inofensivos y permanecen ignorados, sobre todo cuando son pocos en número, es preciso reconocer, sin embargo, que en algunos casos originan lesiones y trastornos reales y positivos. Así la presencia de los ascárides en el intestino delgado puede determinar la irritación de la mucosa (1), y por mecanismo reflejo, perturbaciones en la sensibilidad, perversiones sensoriales, convulsiones, etc.

En los individuos predispuestos, pueden ser también causa de trastornos generales, febriles ó no, resultantes de una intoxicación especial debida á las toxinas y á los *excreta* que arrojan en el tractus intestinal. El número de estos parásitos ha sido en más de una ocasión bastante considerables (2) para promover una *obstrucción intestinal*.

Finalmente, la emigración del parásito (lombrices erráticas) á otros órganos (estómago, faringe, glotis, hígado, páncreas, pulmón, peritoneo, etc.) puede también ser causa de algunos accidentes, aunque éstos

(1) No hay que atribuir con demasiada facilidad á los ascárides la producción de las lesiones y perforaciones comprobadas en la mucosa de los individuos atacados de lumbricosis; cuando en realidad son éstas debidas á tales parásitos, han sido realizadas probablemente *post mortem*, según dice DAVAINE *(Traité des Entozoaires et des maladies vermineuses des hommes et des animaux domestiques*, 2.ª edición, 1877, y artículo LOMBRIC del *Diccionario* de DECHAMBRE).

(2) FAUCONNEAU DUFRESNE (citado por BLANCHARD) cita la observación extraordinaria de un niño que en tres años expulsó más de 5.000 ascárides, de ellos 600 en un solo día. En los casos en que los parásitos son numerosos, no es absurdo admitir que sus *excreta*, las substancias acres tóxicas que contienen, y que han dado lugar á accidentes (fiebre, lagrimeo, rubicundez, etc.) en los que las estudian, ó bien los productos de su descomposición después de la muerte de algunos de ellos, son susceptibles de provocar una intoxicación de forma tifoidea (CHAUFFARD, BOUET). Cabe asimismo suponer que ciertos fenómenos llamados *reflejos* resultan de la acción de sus toxinas sobre los centros nerviosos. Notemos de paso que con mucha frecuencia se señala la expulsión de ascárides en el curso de la fiebre tifoidea y de las enfermedades infecciosas. En estos casos ¿constituirá el organismo un medio inhabitable para estos parásitos? ¿O habrá que creer que la lumbricosis de forma tifódica es más frecuente de lo que se suponía, sobre todo cuando al parasitismo se agregan los efectos de la fatiga intelectual, de la debilidad natural ó de la miseria fisiológica?

son más raros que los anteriores. Además, pueden originar una inflamación que termine en absceso (absceso verminoso).

B. — TRATAMIENTO

El tratamiento comprende el *tratamiento curativo* y la *profilaxia*.

1.° Profilaxia

Sobre este punto, las indicaciones son las mismas que para las tenias. Por consiguiente, las explicaciones consignadas en el capítulo anterior nos permiten limitarnos á recordar la utilidad de las siguientes medidas profilácticas:

1.° *Quemar las lombrices después de su expulsión (médica ó espontánea).*

2.° Usar, siempre que sea posible, agua filtrada en vez de aguas sospechosas.

3.° Abstenerse sobre todo de beber agua encharcada ó corrompida (1).

4.° Hervir el agua potable si no se dispone de agua filtrada.

5.° Lavar cuidadosamente con agua hervida las verduras sospechosas que se han de comer crudas y cocer suficientemente las que se comen cocidas.

6.° Limpieza en las habitaciones.

2.° Tratamiento curativo

Cuando se sospecha que existe una lumbricosis intestinal, el examen microscópico de las deyecciones puede permitir la confirmación del diagnóstico por el descubrimiento, sea de los huevos del parásito, sea de los cristales Charcot-Robin. Si el examen resulta negativo, no hay inconveniente, para salir de dudas, en administrar un vermífugo, aun tratándose de un niño. Pero como los medicamentos empleados contra los ascárides y los oxiuros, sobre todo la santonina, han de administrarse con prudencia, aunque no tengan la toxicidad de los tenífugos, una vez hecha la prueba no debe repetirse inútilmente.

(1) En la campaña del Dahomey, los accidentes intestinales fueron raros, á pesar del clima, mientras se pudo usar agua filtrada; pero desde el momento en que la marcha sobre Abomey hizo más difícil el aprovisionamiento de agua y los soldados bebieron la de los charcos que encontraban por el camino, menudearon la disentería y otros accidentes. (BARTHÉLEMY).

La lista de los vermífugos es tan larga, cuando menos, como la de los tenífugos: citaremos el *ajo* (aconsejado *intus* y *extra* por las mujeres del pueblo), el *alcanfor*, la *valeriana*, el *áloes* (1), el *estaño*, el *hollín* (2), la *esencia de trementina*, el *aceite de petróleo*, la *espigelia antihelmíntica*, el *abrótano*, el *ajenjo*, el *tanaceto*, las *especies antihelmínticas* de la Farmacopea (ajenjo, tanaceto, flores de manzanilla, semencontra: ãã PE), el *timol* (1 á 2 gramos), etc.

Pero al lado de estas substancias, que pueden tener su utilidad, hay otras que se han impuesto por haberse demostrado mejor su eficacia: los *calomelanos*, el *musgo de Córcega*, el *semencontra* y sobre todo su principio activo, la *santonina*. De éstos únicamente nos ocuparemos.

A. — CALOMELANOS

Los *calomelanos* obran á la vez como purgante y como antihelmíntico; según la edad de los enfermos, varían las dosis entre 0gr,10 á 0gr,30 para los niños (al natural, mezclados con azúcar, en tabletas dosificadas á 0gr,05 cada una (Códex), en bizcochos) y 0gr,80 á 1 gramo para los adultos. Algunas veces se administran solos, pero lo más general es darlos asociados con otras substancias antihelmínticas: semencontra, musgo de Córcega ó substancias purgantes como en los polvos siguientes:

Calomelanos.	2 gramos
Polvos de ruibarbo.	2 —
— de escamonea.	2 —
— de azúcar.	6 —

M. s. a. 30 á 60 centigramos para los niños, 2 á 4 gramos para los adultos.

Recordaremos aquí que no es prudente, en particular tratándose de niños, dar sal marina después de los calomelanos. Esto no obstante, los experimentos que hicimos mientras estuvimos encargados del curso de Terapéutica en la Facultad de Montpellier (1887) nos demostraron que era muy exagerado el temor de que los calomelanos, bajo la influencia de

(1) Redié, citado por Fonssagrives ha visto lombrices que han vivido muchos días en tierra humedecida con una solución acuosa de áloes, después de haber permanecido veinticuatro horas en un líquido de igual naturaleza. A juzgar, pues, por este experimento, el áloes no es nocivo para los ascárides, y por consiguiente, resulta exagerada su reputación de antihelmíntico.

(2) Recomendado por Trousseau y Pidoux: *Traité de Thérapeutique*, I, pág. 870.

Hollín.	8 gramos
Café.	4 —
Agua.	150 á 200 —

M. s. a.

Hágase hervir durante media hora, fíltrese y póngasele azúcar. Este cocimiento, que los niños aceptan fácilmente, se daba en bebida contra los ascárides y en lavativa contra los oxiuros. Actualmente ya no se emplea.

la sal alimenticia, se transformen en bicloruro y produzcan una intoxicación mercurial (1).

B — MUSGO DE CÓRCEGA

El musgo de Córcega, denominado también *musgo marino, musgo de mar,* es una mezcla de varias especies de algas, fucos y coralina, que varían según la procedencia del medicamento.

Sus propiedades son debidas al *Gigartina helminthocorton,* de que está compuesto en gran parte.

Se prescribe en infusión ó en cocimiento (de 5 á 8 ó 10 gramos para los niños; de 15 á 20 y hasta 30 gramos para los adultos). Para disimular su sabor amargo, se mezcla con leche azucarada (2).

También se prescribe el jarabe de musgo de Córcega (Códex) (20 á 60 gramos) y más raras veces los jarabes vermífugos de Boulay y Cruveilhier (3).

El musgo de Córcega se ha de emplear tierno y durante muchos días seguidos, por la mañana en ayunas. Sus propiedades vermífugas son positivas, pero desde que se usa la santonina se emplea cada día menos.

C — SEMENCONTRA. — SANTONINA

El *semencontra* (extremidades florales no abiertas de muchas especies de artemisas, *Artemisia contra)* es un excelente vermífugo, que se emplea especialmente contra las lombrices y que debe su eficacia á su principio activo, la *santonina.*

El semencontra es muy amargo: se da en forma de polvos (1 á 3 gramos para los niños y 4 á 6 gramos para los adultos), con miel, con pan

(1) MOSSÉ.—*Soc. de med. et chir. pratiques de Montpellier,* 1887. — Véase también HALLOPEAU.—*Th. Agrégation,* 1878.

(2) Leche vermífuga para los niños de 1 á 5 años (BOUCHARDAT).

Musgo de Córcega.	5 gramos
Leche hirviendo.	100 —
Azúcar.	20 —

M. s. a.

(3) El jarabe de BOULAY contiene:

Semencontra.	aa. 40 gramos
Musgo de Córcega.	
Corteza de naranjas amargas.	aa. 20 —
Canela.	
Azúcar.	1000 —
Agua.	C. s.

Una cucharada grande para los niños de 2 á 4 años durante tres días consecutivos.

El jarabe vermífugo de CRUVEILHIER tiene por base una mezcla, en partes iguales, de hojas de sen, ruibarbo, semencontra, abrótano, musgo de Córcega, tanaceto y ajenjo. Una cucharada grande por la mañana durante tres días.

ácimo ó con confituras. También se confeccionan con él grajeas, pan de especias y bizcochos (0^{gr},20 cada bizcocho). Se le asocia con los calomelanos en sellos, que se toman por la mañana en ayunas cuando se trata de niños mayores ó de adultos.

La *santonina*, inodora, poco amarga mientras no se ha solubilizado, y por consiguiente de fácil tomar para los niños, y dotada, además, de una gran eficacia contrà los ascárides, reemplaza actualmente al semencontra y á la mayoría de los vermífugos. Es preciso usarla con gran circunspección, porque, eliminándose lentamente, determina con frecuencia accidentes que, no por ser mucho menos graves que los provocados por el extracto de helecho, son menos serios. La dosis tóxica es de difícil determinación á causa de su absorción variable. Según Kuchenmeister (1), la santonina, soluble en el ácido gástrico, es insoluble en el aceite; de modo que con aceite debiera administrarse para evitar la absorción en el estómago, con lo cual pondríase más fácilmente en contacto con los ascárides del intestino delgado.

Como la santonina más bien entorpece que mata los parásitos, es necesario administrar, al mismo tiempo que el medicamento ó poco después, un purgante. Las más de las veces las lombrices salen con la primera evacuación que sigue á la ingestión del remedio.

Hasta hace muy poco prescribíase la santonina á una dosis muy elevada, habiéndose observado fenómenos de intoxicación con dosis de 10 centigramos en enfermos de menos de cinco años. Como medio mnemotécnico puede decirse que, en tesis general, tratándose de niños, debe darse 1 centigramo por cada año de edad del enfermo, ó algo más si el niño es vigoroso; pero no se debe pasar mucho de esta dosis. Como las tabletas de santonina del Códex están dosificadas á 1 centigramo, lo más prudente es prescribir para un niño tantas pastillas cuantos años tenga.

Las dosis elevadas producen debilitamiento, cefalalgia, náuseas, temblor, urticaria, dilatación de las pupilas, xantopsia, disuria. Según Combemale, cuando se comprueba la presencia de la santonina en la orina, son inminentes accidentes serios, los cuales por regla general se corrigen al cabo de algunas horas y luego desaparecen. En caso de que amenazaran convertirse en alarmantes, se combatirán con el *cloral* y las *inyecciones de éter*.

Como el ayuno facilita la absorción, es inútil someter al enfermo á un régimen preparatorio, ni siquiera á una dieta relativa; algunos autores (Laboulbène, West, Soulié) aconsejan, por el contrario, que se adminis-

(1) KUCHENMEISTER, citado por MANQUAT.—*Traité de Thérapeutique*, 1897, t. I, página 467.

tre la santonina de noche, á fin de que el estómago no esté vacío y que á la mañana siguiente se dé un purgante. Sin embargo, como conviene vigilar á los niños enfermos por lo menos durante algunas horas después de la ingestión del medicamento, parece más cómodo administrar éste por la mañana temprano. Al mismo tiempo que la santonina, ó poco después, se admistrarán algunas pastillas de *calomelanos*. Es preciso acordarse de que las del Códex están dosificadas á 5 centigramos, pero que también las hay de 1 centigramo; por consiguiente, en la receta se ha de especificar el número y la dosificación de las tabletas que se quieren prescribir.

Los *bizcochos* dosificados á 5 y 10 centigramos, los toman también fácilmente los niños; pero con ellos no se pueden fraccionar las dosis tan cómodamente como con las tabletas.

Los adultos pueden tomar hasta 20 y 30 centigramos de santonina en *sellos*, pura ó mezclada con calomelanos y azúcar.

Santonina.	0 gr. 15 á 0 gr. 25
Calomelanos.	0 gr. 50 á 0 gr. 80
Azúcar.	C. s.

En 2 ó 3 dosis con pequeños intervalos.

También puede prescribirse en forma de píldoras, como en la fórmula siguiente, que tomamos de los formularios de los hospitales militares:

Santonina.	0 gr. 05
Polvo de regaliz.	C. s.
Miel.	

Para una píldora;—3 á 5.

Dése después un purgante (aceite de ricino, aguardiente alemán, calomelanos) que, por otra parte, se prescribe á menudo, según hemos visto al mismo tiempo que la santonina, mezclado con las primeras tomas.

Después del tratamiento, es conveniente que el enfermo siga un régimen tónico.

En cuanto á los accidentes relacionados con la emigración anormal y á las complicaciones relativamente raras que pueden ocasionar las lombrices, serán tratados por los medios ordinarios apropiados á cada accidente.

II

Oxiuros vermiculares

A. — CONSIDERACIONES GENERALES

Estos pequeños gusanos blancos, delgados, de 3 á 8 ó 10 milímetros de longitud, en extremo frecuentes en los niños, habitan en el intestino grueso, sobre todo en la parte inferior del mismo (recto), de donde salen espontáneamente por la tarde ó por la noche cuando el niño está acostado. No es raro entonces encontrar algunos en la cama, en los pliegues del esfínter, alrededor del ano, en las regiones inmediatas á éste y hasta en las partes genitales, en donde á menudo producen una irritación, que impulsa al niño á rascarse y á veces á contraer malos hábitos. En las niñas, pueden determinar vulvitis y leucorreas.

Estos accidentes son posibles en las personas mayores, pero se presentan con mucha menos frecuencia. Hemos tenido ocasión de observar en una adulta un ejemplo de vulvitis intensa con leucorrea, que cesó desde el momento en que, reconocida la causa, que al principio habíamos puesto en duda, aplicóse el tratamiento especial.

El sitio preferido por los oxiuros, en el extremo inferior del tubo digestivo, permite llegar fácilmente hasta ellos; sin embargo, esta forma de helmintiasis es generalmente rebelde y se reproduce muy á menudo cuando se cree haberla curado. Este hecho obedece á dos órdenes de causas que, para el tratamiento, es útil conocer.

1.° Los oxiuros no habitan solamente en la parte inferior del intestino grueso, en donde son muy numerosos y en el cual determinan, especialmente por la noche, un prurito intenso; sino que se extienden por todo ese intestino, desde el ciego, habiéndoseles visto también en la parte terminal del delgado, región en donde empieza su desarrollo (1). Para acabar con ellos, será preciso, por consiguiente, no sólo emplear medios cuya acción directa se ejerza sobre el ano y el recto (lavativas, lociones, pomadas antihelmínticas), sino además administrar purgantes y antihelmínticos.

2.° Los huevos de los oxiuros son conducidos al tubo digestivo por el agua y los alimentos y también por los dedos y las uñas del niño, que se contaminan al rascarse el ano ó las regiones pruriginosas vecinas y que luego se los llevan á la boca ó á los labios. De suerte que á las

(1) Véase DAVAINE.—*Synopsis*, p. XCV.

causas ordinarias del desarrollo de los parásitos se añade, respecto de los oxiuros, otra que produce la reinfestación del individuo por sí mismo (Leuckart).

B.—TRATAMIENTO

Conforme á lo que dejamos expuesto, el tratamiento bien comprendido había de responder á las tres indicaciones siguientes:

1.° Obrar localmente sobre los oxiuros en la parte inferior del tubo digestivo y calmar los fenómenos de irritación que aquéllos producen.

2.° Administrar un antihelmíntico y un purgante para alcanzar y arrojar los parásitos alojados en la porción superior del intestino grueso. Los médicos de niños han demostrado la importancia de esta parte del tratamiento á menudo descuidada. Comby ha insistido recientemente y con razón sobre este punto (1).

3.° Evitar la reinfestación y las recidivas.

1.° Tratamiento local

Las *lavativas y las irrigaciones rectales* ocupan el lugar preferente. Las más sencillas, como la *lavativa de agua hervida común* ó adicionada con *sal marina y aceite de olivas* (una ó dos cucharadas grandes por 125 á 250 gramos de agua); de *vinagre* (30 á 50 gramos); de hollín (2), de *glicerina* (40 á 60 gramos de glicerina neutra por 100 á 150 de agua); de *jarabe de azúcar*, más ó menos diluído en agua; de *agua jabonosa* (jabón de 1 á 3 gramos por 100 á 300 de agua); de *aceite de ricino emulsionado;* los cocimientos de *especies antihelmínticas* del Códex, de *ajenjo,* de *tabaco*, de *áloes* (áloes 1 gramo, yema de huevo una, cocimiento de ajenjo 250 gramos); de *santonina* (50 centigramos en suspensión en una emulsión de 125 á 200 gramos); de *timol* (25 á 50 centigramos en 250 á 500 gramos de agua), son remedios tópicos capaces de atenuar los síntomas producidos por los oxiuros y de desembarazar por una temporada el recto.

(1) COMBY.—Los oxiuros vermiculares y su tratamiento (*Méd moderne*, 1896, pág. 417).

(2) TROUSSEAU recomendaba el *café de hollín* tomado por la boca contra las lombrices y en lavativa contra los oxiuros (véase pág. 668):

Café tostado.	10 gramos
Hollín tamizado.	6 á 10 —
Agua hirviendo.	60 —

Déjese en infusión una hora y añádase:

Jarabe de artemisa compuesto.	40 gramos

Tómese en cuatro veces.

Las *aguas sulfurosas* naturales (Lallemand), el *agua de cal* pura ó con agua hervida, el *licor de van Swieten* (1 á 2 cucharadas grandes adicionadas de cuatro á cinco veces su volumen de agua); la *naftalina* (naftalina 60 centigramos á 1 gramo, aceite 90 á 125 gramos); el *éter sulfúrico* Davaine (4 á 8 gramos), y el *asa fétida* han sido también recomendados en lavativas; pero nosotros nos sentimos poco inclinados á preconizar el usc de los mismos, porque siendo más caros ó más irritantes ó de un olor más desagradable que los primeros sus ventajas sobre éstos no resultan muy evidentes. Somos partidarios de simplificar esta parte del tratamiento y creemos que son suficientes las siguientes lavativas que cualquier ama de casa puede confeccionar fácilmente y cuya acción útil ha sido demostrada por el uso:

Agua hervida (1/4 de vaso á un vaso, según la edad del niño) adicionada con *sal marina, aceite* ó *glicerina* ó *jabón* en las proporciones antes indicadas.

Si estas lavativas no bastan, recúrrase al cocimiento del *musgo de Córcega* ó á la emulsión de *santonina*.

También se prescribe con el mismo objeto la pomada mercurial formando *tapón* y los *supositorios:*

1.° Calomelanos. . . . . 0 gr. 10 á 0 gr. 15
Manteca de cacao. . . . . 2 á 4 gramos

H. s. a. Un supositorio.

2.° Ungüento hidrargírico. . . . . 0 gr. 25
Manteca benzoica. . . . . } aa. 0 gr. 50
Cera blanca. . . . . }
Manteca de cacao. . . . . 2 gramos.

H. s. a. Un supositorio.

En la actualidad podrán emplearse, en vez de los supositorios, los pequeños óvulos de glicerina solidificada, de uso muy cómodo para los niños, que se introducen en el recto por la noche después de una lavativa simple.

Las *lociones de agua boricada* ó muy ligeramente adicionada con *licor de van Swieten* (1 por 5 á 10 de agua) se emplearán para lavar las regiones del niño irritadas ó contaminadas por los oxiuros y sus huevos. Esas lociones deberán hacerse en el momento de acostarse y durante el día después de cada evacuación alvina. Si la región supura ó está flogoseada, aplíquense después de la loción los polvos siguientes:

Calomelanos. . . . . 1 gramo.
Óxido de zinc.. . . . . } aa. . 5
Fécula de arroz. . . . . }

M. s. a.

ó úntese con la pomada:

Vaselina.	25 gramos
Calomelanos.	1 —
Cocaína..	0 gr. 02

M. s. a.

2.° **Tratamiento interno**

La *santonina,* aunque de acción menos eficaz contra los oxiuros que contra los ascárides, da también excelentes resultados cuando se la emplea contra los primeros con las precauciones y á las dosis indicadas anteriormente. Comby recomienda el siguiente método, que le ha proporcionado frecuentes éxitos en los niños de 4 á 6 años.

1.° Hágase tomar, durante tres días consecutivos, por la mañana en ayunas en una cucharada de leche azucarada, un papelito que contenga:

Santonina.	0 gr. 05
Calomelanos.	0 gr. 10

M. s. a.

y háganse durante tres días unturas intra-anales con el dedo untado en la pomada siguiente:

Glicerolado de almidón.	20 gramos.
Ungüento napolitano.	10 —

M. s. a.

Este método ofrece la ventaja de poderse repetir en caso de recaída ó de recidiva, pudiendo entonces aumentarse la dosis de calomelanos y en cierta proporción la de santonina. Creemos prudente no aumentar esta última en el doble, proporción que, según Comby, puede aceptarse sin inconveniente.

El *semencontra* y el *musgo de Córcega,* al presente poco usados, sirven para atender á la misma indicación.

La *naftalina* no debe recomendarse, en nuestro concepto, ni para el uso interno ni para el externo.

Hasta ahora sólo hemos hablado del tratamiento de los niños: el de los adultos es el mismo con la diferencia de dosis: semencontra 4 á 6 gramos; santonina 25 á 30 centigramos.

C. — HIGIENE Y PROFILAXIA

Para evitar las recidivas ó la reinfestación del individuo por sí mismo:

Lavar las manos con mucho cuidado.

Lavado con agua adicionada con *sublimado*.

Impedir que los niños se lleven las manos á la boca, sobre todo cuando están inquietos ó agitados bajo la influencia del prurito producido por los oxiuros en la región anal y perianal; para lograr esto, pueden mojarse los dedos de los niños en una solución concentrada de *cuasia amarga*, según aconseja Laboulbène.

Por último, adóptense las precauciones de profilaxia anteriormente mencionadas. Si el niño es pequeño, y se alimenta todavía parcialmente con leche, hágase hervir ésta y el agua con que se adicione, siempre que no se tenga confianza en su procedencia; y aún sería mejor precaución esterilizar la leche.

III

Anquilostoma ó uncinaria duodenal

A. — CONSIDERACIONES GENERALES

El *anquilostoma duodenal*, descubierto en 1838 en Milán por Dubini, que había reconocido su frecuencia en Italia, ha comenzado á tener su historia en la patología humana el día en que Perroncito, sorprendido por su frecuente presencia, comprobada por Graziadei en la autopsia de los obreros del San Gotardo víctimas de la *anemia perniciosa del túnel*, declaró que esta enfermedad era de origen parasitario. En efecto, una vez llamada la atención sobre este punto, reconocióse que el anquilostoma existía en casi todos los individuos que trabajaban en las canteras abiertas en la tierra ó que manejaban tierra cuotidianamente (mineros, ladrilleros, obreros de arrozales). En todos ellos se observaba una anemia perniciosa especial, llamada anemia de los mineros, de los ladrilleros, clorosis de Egipto, etc.

El anquilostoma, muy extendido por toda la superficie del globo y endémico en las regiones intertropicales (1), es relativamente raro en Francia. Se le ha señalado en las cuencas hulleras de Anzin, Valenciennes, Saint-Etienne y Commentry.

Los trastornos que ocasiona son en todas partes los mismos: antes se les designaba con distintos nombres; pero en la actualidad se tiende cada día más á sustituir todas estas denominaciones por la de *anquilostomasia* ó *uncinariosis* para recordar la unidad etiológica de esta afección.

(1) Se le encuentra con mucha frecuencia en los negros, los cuales, sin embargo, resisten mucho mejor que los blancos la anemia producida por este parásito.

El anquilostoma ó uncinaria duodenal tiene una longitud de 1,5 centímetros aproximadamente y en el estado adulto habita en el duodeno. Es introducido en el tubo digestivo en estado de larva, la cual se desarrolla en el agua de los charcos, en los aguazales, en la tierra húmeda, donde las deyecciones de los enfermos de anquilostomasia depositan gran cantidad de huevos. Estos son destruídos en el agua corriente y no se desarrollan tampoco en todas las aguas estancadas. Según parece, no se ha visto nunca el anquilostoma en las minas de sal de Wieliczka (Polonia) por razón de lo salado de los aguazales, ni, al decir de Blanchard (1), en las de Kemnitz (Hungría) por razón de su acidez.

Las larvas puestas en libertad en las aguas corrompidas ó en la tierra húmeda, se introducen en el tubo digestivo con estas aguas impuras ó con objetos (pan, pipa) que se llevan á la boca después de haber estado en contacto con la tierra.

El anquilostoma está provisto de dientes quitinosos con los cuales perfora la mucosa y se alimenta de la sangre del individuo en cuyo interior habita. Mientras estos parásitos son pocos en número, si el individuo es vigoroso resiste fácilmente; pero desde que el número de los mismos aumenta, y generalmente existen en el intestino en número considerable, se produce el estado de anemia, de debilidad característica de la uncinariosis.

B. — TRATAMIENTO

1.° Tratamiento curativo

La *santonina*, el *semencontra* y el *musgo de Córcega* tienen muy poca eficacia contra este gusano: el mejor remedio contra él es el *helecho macho*, del que hemos hablado varias veces al estudiar este medicamento en el capítulo primero (*Tratamiento de las tenias*, pág. 640). Sólo recordaremos, por consiguiente, que la dosis de extracto de helecho macho ha de ser, para la enfermedad que nos ocupa, más elevada que para la tenia (6 á 8 gramos ó 10 gramos) á causa de la cantidad innumerable de anquilostomas que generalmente existen en el intestino. No deben olvidarse las condiciones de que el *medicamento* ha de ser *seguro* y el *modo de administración* debe seguirse con rigurosa exactitud para que el éxito sea satisfactorio. Poco después del extracto etéreo hay que administrar un purgante, *aguardiente alemán*, *calomelanos*, *jalapa*, pero nunca aceite de ricino.

(1) BLANCHARD.—Art. HELMINTOS, en el *Diction. Encycl. des Sc. méd.*

Para saber si la medicación por el helecho macho ha producido un efecto completo, ó si quedan todavía algunos gusanos que hagan necesaria una nueva intervención, es preciso proceder al examen de las deyecciones: la presencia en éstas de los huevos ó de los cristales Charcot-Robin, que en la uncinariosis constituye la regla general (Perroncito, Leichtenstern (1), Simonnot y Netter), disipa todas las dudas.

El *timol*, á la dosis de 6 á 10 gramos, ha dado buenos resultados en algunos casos á Sonsino y á Bozzolo (de Turín). Este medicamento, á causa de su sabor cálido, ardiente, ha de ser administrado en cápsulas y detrás de él debe tomarse agua de flor de azahar como correctivo. Esas dosis bastante elevadas no ofrecen, al parecer, ningún inconveniente (2).

Cuando han sido expulsados los anquilostomas, es necesario continuar el tratamiento tónico y reparador *(hierro, quina, kola,* alimentación tónica, lociones secas, hidroterapia, aire libre) para que el enfermo recupere las fuerzas perdidas.

2.° Medidas profilácticas

Las reglas de profilaxia se desprenden de las nociones que acerca de la anquilostomasia se poseen actualmente. Practicadas con severidad, han contribuído á hacer desaparecer casi por completo la enfermedad en ciertas minas en donde la infestación constituía antes la regla general. Las primeras son medidas generales; las segundas se refieren sobre todo á la profilaxia individual. He aquí los principales:

1.° Asegurar agua potable buena á los obreros y prohibirles severamente que beban agua estancada.

2.° Instalar letrinas con agua abundante ó instalar, si es posible, water-closets provistos de agua canalizada.

3.° Obligación absoluta de utilizar los water-closets y de no deponer las materias fecales en el suelo.

4.° Recomendar que no se pongan en contacto con la tierra los alimentos ó los objetos que hayan de ser llevados á la boca ó á los labios (vasos, cucharas, tenedores, cuchillos, pipas, pañuelos).

5.° Lavarse las manos en el momento de sentarse á la mesa. Lavarse el cuerpo.

Hacer comprender á los obreros, los cuales á menudo no aprecian la

(1) Leichtenstern ha encontrado estos cristales 272 veces en 272 casos de anquilostomasia por él observados (citado por Simonnot).

(2) Dujardin Beaumetz.—Suplemento al *Dictionn. de Thérapeutique*, 1895.

importancia de estas recomendaciones, que estas medidas se adoptan en interés suyo y que han producido los mejores efectos en todas partes en donde han sido con regularidad aplicadas.

IV

Tricocéfalos

Aunque estos helmintos son muy frecuentes, por lo general su presencia en el intestino no se traduce por ningún síntoma exterior suficiente para formular el diagnóstico, el cual se hace las más de las veces de una manera fortuita cuando se encuentran en las deyecciones el parásito ó sus huevos (1). En estos casos podría intervenirse administrando *calomelanos*, ó mejor asociando un purgante con un vermífugo, el *semencontra* y la *santonina*, que dan excelentes resultados contra los oxiuros y las lombrices ó el *helecho macho*.

El *timol*, á la dosis de 2 á 5 gramos, se ha aplicado también con éxito satisfactorio.

V

Triquinas

Las triquinas ingeridas por el hombre con la carne de cerdo infectado, alcanzan su completo desarrollo en el intestino delgado, en donde se aparean y se reproducen. Pero su permanencia en el tubo digestivo es de muy corta duración, y en clínica se establece acertadamente una separación entre su historia y la de la helmintíasis intestinal. En efecto, los embriones que después de nacer caen en el intestino, perforan la pared de éste, y atravesando diversos medios, van á enquistarse en los músculos estriados. Y sucede también algunas veces que el desarrollo de un gran número de triquinas se verifica fuera del intestino, habiendo demostrado recientes trabajos que muchas hembras fecundadas se introducen, en el momento de dar nacimiento á una nueva generación, debajo de la mucosa en las placas de Peyer y hasta en los ganglios mesentéricos. Los embriones así introducidos en el sistema quilífero se diseminan por todo el orga-

(1) Se ha comprobado muchas veces la coexistencia de diversos parásitos en el intestino del niño. Baumel ha publicado un caso en el cual existían en el mismo enfermito una tenia armada, lombrices y tricocéfalos (Poliparasitismo del aparato digestivo. *Leçons cliniques*, Montpellier, 1893, pág. 74).

nismo, utilizando las vías linfáticas y sanguíneas, y se detienen en el tejido conjuntivo interfascicular de los músculos estriados (1).

La pululación y la emigración de las triquinas y luego su enquistamiento en los músculos voluntarios, dan origen al conjunto de fenómenos que se designan con el nombre de *triquinosis*. Esta afección, que ha estallado varias veces en Alemania en forma epidémica, es excepcionalmente rara en Francia, en donde sólo se la ha visto en estado esporádico. (Algunos casos dudosos y epidemia de Crépy-en-Valois, 1878). Una pequeña epidemia se observó en Dellys (Argelia).

No hemos de hacer aquí un estudio de la triquinosis (1), y únicamente diremos que todos los antiparasitarios intestinales y purgantes administrados en el primer período (catarro intestinal y síntomas de intoxicación tifoidea) no han dado resultado alguno. Hasta el presente, no hay más que un tratamiento conocido de la triquinosis y es el tratamiento profiláctico que se resume en las dos prescripciones siguientes:

1.° Vigilancia rigurosa de la carne de cerdo destinada á la alimentación.

2.° Cochura suficiente de toda carne de salchichería.

Estas precauciones han contribuído á restringir considerablemente la triquinosis en Alemania, en donde todavía se come mucha carne de cerdo cruda ó poco cocida, y á impedir (1880) que se diseminara por Francia con las salazones importadas de América.

VI

Anguílula estercorácea

En 1876, Normand encontró en las deyecciones de los soldados repatriados de Cochinchina, atacados de disentería grave, un nematode de 1 milímetro de largo por 1/3 de milímetro aproximadamente de grueso, que con Bavay estudió y describió dándole el nombre de *anguílula* estercorácea ó intestinal.

Numerosos exámenes comprobaron la existencia de este mismo gusano en iguales condiciones, en vista de lo cual casi se aceptó durante algún tiempo la opinión de Normand, según la cual ciertas afecciones disentéricas ó diarreicas de los países cálidos, y en particular la diarrea

(1) CERFONTAINE.—*Contribution á l'estude de la trichinose* (*Arch. de biol.* 1895, XIII, pág. 125).—BLANCHARD, Art. NEMATODES en *Traité de Pathologie générale de* BOUCHARD y ROGER, t. II.

(2) BLANCHARD.—Relaciones de las principales epidemias de triquinosis en el artículo TRIQUINA. (*Diction. encyclopédique* de DECHAMBRE).

crónica de Cochinchina, estaban determinadas por la presencia de este parásito. Pero posteriores investigaciones de Bretón, Mahé, Grassi y Parona (1) han demostrado que en muchos de esos casos no se encontraba la anguílula, y en cambio, podía encontrarse ésta en individuos que jamás hubiesen padecido diarrea endémica de los países cálidos ni disentería. De ahí que no se considere ya este helminto como causa específica de esas enfermedades, sino como un parásito introducido con los alimentos en el tubo digestivo, en donde se desarrolla y contribuye á mantener la alteración preexistente de la mucosa.

La anguílula (denominada también *strongyloïde* ó *Rabdomena intestinal)* presenta casi las mismas condiciones de existencia y la misma distribución geográfica que el anquilostoma duodenal, con el que coexiste con frecuencia en el mismo individuo: así se le ha visto en los mineros del San Gothardo y en los jornaleros de los arrozales (Blanchard).

El *extracto etéreo de helecho macho* ejerce sobre este gusano una acción poderosa; pero como la presencia de la anguílula no es generalmente más que un epifenómeno en la enfermedad durante la cual se comprueba la presencia de aquélla, de aquí que el médico deba atender ante todo á las lesiones por la enfermedad determinadas. El tratamiento antihelmíntico ocupa entonces un lugar secundario. Teóricamente parece que deben ser recomendados los *calomelanos,* la *ipecacuana* (método brasileño) y el *sulfato de sosa*, que contribuyen á arrastrar mecánicamente al exterior estos helmintos y son al mismo tiempo medicamentos consagrados por la experiencia en la disentería y en las enteritis crónicas de los países cálidos. De todos modos, es prudente no dar el extracto etéreo de helecho sino en pequeñas dosis, pues los enfermos están debilitados y la superficie ulcerada del intestino puede facilitar la absorción de este medicamento, cuyas ventajas é inconvenientes hemos podido apreciar en el estudio que hemos hecho del tratamiento de la tenia.

(1) Citados por GALLIARD. — Art. ENTERITIS CRÓNICA DE LOS PAÍSES CÁLIDOS *(Traité de Path. interne* de BROUARDEL y GIRODE, t. IV, pág. 579.

CAPÍTULO XXXVIII

TRATAMIENTO DE LOS TUMORES Y DEL CÁNCER DEL INTESTINO

POR

A. MOSSÉ

Profesor de la Universidad de Tolosa

TRADUCCIÓN DEL DR. D. JOSÉ GÓNGORA

I

Consideraciones generales

Entre los tumores que pueden formarse en el intestino ocupa lugar preferente el *cáncer*, así por su frecuencia como por su gravedad. De ahí que en su estudio se haya fijado principalmente la atención de los autores. Durante algún tiempo, con el nombre de cáncer se han confundido alteraciones muy desemejantes, que en la actualidad se clasifican en capítulos distintos, y aún hoy día se designan comúnmente en clínica con la denominación de *cánceres* los tumores que, sea cual fuere su estructura histológica, presentan los siguientes caracteres clínicos: «curso invasor, tendencia á la recidiva después de la ablación, invasión de los ganglios linfáticos y, finalmente, generalización en las vísceras (1).»

Según de esta definición se desprende, el tratamiento quirúrgico que suprime el neoplasma no asegura la curación radical. En todo tiempo se han multiplicado las investigaciones para conseguir la curación sin recurrir á la exéresis y por el solo efecto de una medicación interna; pero este fin tan continuamente perseguido no ha podido ser logrado, y muy recientemente ha sido preciso renunciar á la esperanza, por algún tiempo concebida, después de la publicación de los primeros trabajos de Coley, Emmerich y Scholl, Richet y Héricourt, de ver al fin elevado á la categoría de método curativo el tratamiento médico de los tumores ma-

(1) POTHERAT.—*Nouveau traité de Chirurgie*, 1892, tomo VII, pág. 68.

lignos. Hay que reconocer, sin embargo, que si esas tentativas hechas en todas partes, y cuyos ecos contradictorios nos trae todos los días la prensa médica, no han conseguido curar los tumores malignos, por lo menos han producido en algunos casos cierta mejoría.

Aunque el tratamiento médico no ha podido salvar los límites de un papel paliativo, no por esto deja de ser útil é importante: gracias á los medios que en sus manos pone la terapéutica interna, el médico consigue sostener las fuerzas, mitigar el dolor, evitar ó tener á raya á las complicaciones, es decir, prolongar la vida y hacerla soportable. Por otra parte, no debe olvidarse que, según muchos cirujanos han confesado, esta terapéutica paliativa es generalmente la única justificada en presencia de un cáncer intestinal, porque con harta frecuencia, cuando la naturaleza del mal se revela, los recursos del arte son ya impotentes para vencerlo.

Los tumores del recto, más frecuentes (1) y más accesibles á la investigación y á la intervención quirúrgica, constituyen un capítulo aparte en la historia de los tumores intestinales, y su estudio parece corresponder más especialmente á la patología externa. De ellos hemos de hablar aquí; pero en lo que se refiere tanto á estos neoplasmas cuanto á los del intestino propiamente dicho, sólo de una manera muy sucinta mencionaremos la intervención operatoria á cuya jurisdicción corresponden, pudiendo nuestros lectores acudir á las monografías y Tratados de terapéutica quirúrgica, en donde encontrarán las indicaciones discutidas y los procedimientos técnicos descritos con toda clase de detalles (2).

II

Tumores no cancerosos

Dejando aparte el cáncer, los tumores del intestino pueden distribuirse en dos grupos.

Unos, excepcionalmente raros *(miomas, lipomas, tumores quísticos, angiomas)*, permanecen por lo general completamente ignorados durante la vida y su existencia sólo se reconoce en el anfiteatro ó á veces en el curso

(1) El cáncer parece ser cuatro veces más frecuente en el recto que en el conjunto de los demás segmentos del tractus intestinal. En una estadística de LEICHTENSTERN que contiene 4,567 casos de defunción por cáncer en el hospital general de Viena, 178, es decir, el 3'15 por 100 de la mortalidad total por cáncer, son atribuídos al cáncer del recto y del intestino (Citado por GALLIARD, El cáncer del intestino *(Médecine moderne*, 1897, pág. 153).

(2) Véanse en particular, para el tratamiento del cáncer del recto, las recientes discusiones sobre esta materia. *Bulletins de la Société de Chirurgie de Paris*, 1896-97.—F. TAYLOR, *The operative treatment of Cancer of the Rectum*, *Annals of Surgery*, Abril de 1897, pág. 385.—DESFORGES, *Thèse de Toulouse*, 1897.—*Congrès français de chirurgie*, 1897.

de una operación destinada á corregir la obstrucción por ellos determinada. La presencia del *actinomices* en el intestino puede provocar la formación de tumores parasitarios inflamatorios. El diagnóstico es bastante difícil, sobre todo cuando la tumefacción de la región íleocecal constituye la principal manifestación de la enfermedad. En tal caso no se trata, en realidad, de un verdadero tumor sino de accidentes inflamatorios de origen parasitario, cuyo tratamiento (medicación yodurada, intervención quirúrgica) debe estudiarse al par que el de la actinomicosis.

Los otros, menos raros, interesan más al práctico, tales son los *pólipos* y los tumores de origen *tuberculoso*.

A.—PÓLIPOS

Los pólipos sólo pueden ser diagnosticados y tratados cuando son fácilmente accesibles á los medios de exploración ordinaria, es decir, cuando se desarrollan en el recto. Sean cuales fueren su origen y su constitución (pólipo mucoso, adenoma en el niño, fibroma en el adulto), caen bajo la jurisdicción del tratamiento quirúrgico. Delens (1), cuando expone la opinión general sobre este punto, declara que de ningún otro método puede esperarse la curación. Mollière (2) ni siquiera habla de un tratamiento paliativo, y Potherat (3) resume en los siguientes términos la manera cómo deben ser tratados los pólipos del recto:

1.° Pólipo blando con pedículo largo y delgado: torsión y arrancamiento;

2.° Pólipo duro con pedículo pequeño: ligadura, escisión inmediata por debajo, cauterización del pedículo;

3.° Pólipo con pedículo grande: estrangulación lineal, ó mejor, ablación con el asa galvánica.

B.—NEOPLASMAS DE ORIGEN TUBERCULOSO (TUBERCULOMAS)

Los estudios histológicos que en estos últimos años se han hecho de tumores que en el lecho del enfermo y aun en el anfiteatro se consideraron como tumores de índole maligna, han demostrado que estos neoplasmas eran de origen bacilar. Casi simultáneamente Durante (4) Czerny (5),

(1) DELENS.—*Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, art. RECTO.

(2) MOLLIÈRE.—*Traité des maladies de l'anus, et du rectum.*

(3) POTHERAT.—*Nouveau traité de Chir.*, tomo VII, 1892, pág. 65.

(4) DURANTE.—*Resection de l'intestin pour tuberculose locale, VII[a] réunion de la Societé italienne de chirurgie*, 1890.

(5) CZERNY.—*Beitrage fur kl. Chir.* Tubingue, 1890. Citado por SACHS: *Extirpation du cæcum pour tuberculose.* Traducción en *Arch. de médecine*, 1892, tomo XXX, pág. 561.

Hofmokl (1), Billroth (2), Hartmann y Pilliet (3) han llamado la atención sobre una *tuberculosis lenta, esencialmente localizada* en la región íleocecal y más raramente en el colon, que se manifiesta clínicamente por medio de un *tumor*, cuyo curso y aspecto macroscópico simulan completamente los sarcomas y los cánceres. Por otra parte, las investigaciones y las discusiones suscitadas por el tratamiento de la apendicitis (Terrier, Richelot, Bouilly, Reclus, Broca, etc., (4) conducían á la misma afirmación de que, aparte de la forma clásica de la tuberculosis intestinal, hay otra muy diferente, que aun en la actualidad es muy poco conocida de los prácticos (5).

En esta nueva variedad, *que ha sido comparada por los cirujanos con las tuberculosis locales* de otros órganos (piel, articulaciones, etc.), faltan ó se revelan en segundo término los síntomas de tisis pulmonar y los de la tuberculización intestinal vulgar. Desarrollada primitivamente en el ciego, generalmente á nivel del ángulo íleocecal, sigue un curso crónico y por un proceso análogo al de la *tisis fibrosa*, provoca en primer término el engruesamiento y la *induración de las túnicas* del segmento invadido (6). La hiperplasia interparietal determina *estrecheces* más ó menos extensas, que aumentan á medida que progresa la misma alteración y que pueden llegar á reducir el orificio del conducto á la dimensión del pulpejo del dedo meñique. Cuando se ulcera la mucosa, su superficie vellosa, rojiza, irregular, recuerda, hasta el punto de confundirlo, el aspecto del sarcoma ó del epitelioma. Así se explica el error de diagnóstico, persistente aún después de la operación, en muchos casos en los cuales la exéresis había sido practicada por cirujanos reputados que creían hallarse en presencia de un cáncer.

También histológicamente las lesiones difieren de las alteraciones

(1) Hofmokl.—*Société des médecins de Vienne* (30 de Octubre de 1890). *Semaine med.*, 1890.

(2) Billlrot.—Idem.

(3) Hartmann y Pilliet. — Variedad de tiflitis tuberculosa semejando los cánceres de la región (*Bull. de la Soc. anat.*, 1891, pág. 471).

(4) *Bulletins de la Société de chirurgie.* Tratamiento de la apendicitis y discusión (21 Febrero de 1892 y sigs.). Id., 1893. — Reclus, Tiflitis y apendicitis tuberculosas (*Bull. med.*, 1892, pág. 587). — Broca, La tiflitis tuberculosa crónica (*Gaz. hebd. de méd.*, 1892, pág. 100). — Benoit, *Thèse de Paris*, 1893. — Galliard, Formas clínicas de la tuberculosis intestinal (*Médecine moderne*, Diciembre de 1896, pág. 737).

(5) No tardará en ser más conocida, puesto que su descripción, que no se encontraba en ninguna obra clásica, empieza ahora á figurar en ellas. Véase Dieulafoy, *Manuel de path. int.*, tomo III, 1897, pág. 368.—Galliard. Art. Tuberculosis intestinal, en el *Traité de path. int.* de Brouardel y Girode, tomo IV, 1897.

(6) La región ileocecal y apendicular no es la única en que se desarrolla esta forma de tuberculosis local crónica, puesto que también se la encuentra, bajo la forma de callosidades más ó menos voluminosas en otras partes del intestino grueso (colon ascendente, recto) y excepcionalmente, en el intestino delgado (Durante, Sourdille, Kocher).

tuberculosas ordinarias; los folículos son más raros y en cambio es más acentuada la infiltración, caracteres anatómicos que recuerdan los del *lupus* (Darier (1), Pilliet y Hartmann, Sachs, Galliard).

Bajo la influencia del proceso tuberculoso, que no tarda en propagarse á los ganglios inmediatos, y de la irritación producida por la coprostasis, el peritoneo reacciona; se forman neomembranas que engloban en una *gruesa cápsula esclero-adiposa* el ciego, el apéndice y á menudo también una parte del ileon y del colon ascendente. Y toda esta masa indurada causa, á la palpación clínica lo mismo que abriendo el abdomen, la *impresión de un verdadero tumor*.

Por otra parte, la alteración de las túnicas y la detención de las materias facilitan las infecciones secundarias por los agentes patógenos (microbios piógenos, colibacilos, etc.), de donde resulta la provocación fácil de accesos de tiflitis, peritiflitis, apendicitis y la *producción del pus* bajo la influencia de la infección por asociaciones microbianas, sin contar la eventualidad de una perforación por ulceración (2).

Así, pues, *tumor neoplásico* é *inflamación supurativa* son dos modalidades de la evolución de la tuberculosis cecal crónica, que pueden existir aisladamente ó unidas en diversos grados en un mismo individuo, y cuya historia general corresponde, por consiguiente, al estudio de la *tuberculosis local crónica de la región ileocecal*, más bien que al de los tumores del intestino.

Esta afección se presenta bajo dos formas clínicas principales (3): 1.° la *forma de tiflitis de repetición ó de apendicitis*, cuyo tratamiento se ha estudiado ya con el de las tiflitis ó apendicitis; 2.° *la forma neoplásica*, la más común, que simula tumores de la región, y cuya terapéutica hemos de examinar brevemente en este capítulo, haciendo la salvedad de que no se trata de verdaderos *tumores* y de que este nombre únicamente debe aquí aceptarse con su significación clínica.

En la actualidad, y desde el momento en que se ha llamado la atención sobre esos *tuberculomas* (4), podrán ser diagnosticados muchos de ellos que antes permanecían ignorados.

(1) Darier.—*Bull Soc. anat*, Enero de 1890, pág. 87.

(2) Desde hace mucho tiempo, Duguet, Lasègue, Blatin, Damaschino, Cornil y Hérard, Hanot habían indicado la existencia de lesiones en el ciego y en el apéndice que, como las tiflitis y apendicitis se presentan como *complicaciones durante el curso de la tuberculosis intestinal clásica* y de la *tisis pulmonar*.

(3) Benoit.— Tuberculosis local crónica de la región ileo-cecal (Estudio anatomo-patológico, clínico y quirúrgico). *Thèse de Paris*, 1893.

(4) Nos serviremos de este término para abreviar y por analogía con la expresión adoptada para designar el engrosamiento sifilítico de las paredes del recto que forma estrechez y que fácilmente se confundió con los cánceres, antes del estudio magistral de Fournier.

Tumor en la fosa ilíaca, dolores abdominales, enflaquecimiento, pérdida de fuerzas, trastornos digestivos, estreñimiento habitual, á veces diarrea, ó por el contrario, fenómenos de obstrucción crónica, tales son los síntomas que componen el fondo del cuadro é inducen á pensar en la existencia de una estrechez progresiva del intestino debida á un neoplasma.

El diagnóstico diferencial de la *naturaleza* del tumor, siempre dificultoso aun en los casos en que los síntomas se encadenan con relativa regularidad (forma coprostática de Galliard) puede resultar más difícil todavía si la diarrea es frecuente ó persistente, como sucede en algunos casos. La duración de los accidentes, la edad de los enfermos, sus antecedentes morbosos, su carácter *hereditario*, la existencia de signos estetoscópicos dudosos en los pulmones, la presencia en otro punto de la economía de una adenitis sospechosa ó de una manifestación atenuada de tuberculosis (escrofúlides, lupus), la forma del tumor, á menudo mal limitada, que se continúa en la parte superior con el colon, son otros tantos indicios cuyo valor semiológico puede, en algunos casos, facilitar el diagnóstico. El examen bacteriológico de los esputos y de las deyecciones alvinas pueden servir también de medios de investigación. La presencia de los bacilos de Koch en las deposiciones, desvanece todas las dudas.

¿Qué *tratamiento* debe oponerse á las *neoplasias tuberculosas* de que acabamos de ocuparnos?

El tratamiento ha de ser médico y quirúrgico.

Sabido es que el proceso fibroso, en la tuberculosis en general y sobre todo en la tuberculosis localizada, se considera como señal de evolución lenta, atenuada, relativamente favorable; de aquí que no deba el médico apresurarse á proponer la operación contra la tuberculosis crónica íleocecal, si se consigue descubrirla, cuando el *tumor* y los demás síntomas están aún en su período inicial; porque en este caso la medicación interna puede dar muy buenos resultados y sería, por consiguiente, una exageración creer que la tuberculosis local sólo puede ser tratada por el instrumento cortante.

A. — El *tratamiento médico* está indicado al principio y en un período avanzado cuando ya es demasiado tarde para operar, y sirve para combatir, y hasta cierto punto prevenir los dolores, la coprostasis, los trastornos digestivos y por ende la astenia general.

1.° *Medicación sintomática.* — El descanso, los *revulsivos* (puntos de fuego, pequeños vejigatorios, ventosas escarificadas) se prescribirán desde el momento en que exista una amenaza de acceso inflamatorio. Contra los dolores se emplearán las fricciones y embrocaciones calmantes, los

preparados opiados, la *belladona*, y si son muy intensos, se practicará una *inyección de clorhidrato de morfina* á pequeña dosis. Las mezclas absorbentes y ligeramente laxantes *(magnesia, carbón, ruibarbo)*, las lavativas, los purgantes ligeros, los antisépticos intestinales *(benzonaftol, salicilato de bismuto* á dosis ordinarias) se usarán contra los trastornos funcionales del tubo digestivo (diarrea, estreñimiento, flatulencia, fermentaciones anormales).

2.° *Medicación antifímica.* — A esta medicación sintomática se añadirá el uso de los medicamentos antibacilares *(creosota* en lavativas, *yodoformo, tintura de yodo*, etc.) y el empleo de los modificantes generales de la nutrición, entre los cuales ocupan el primer lugar el aire libre, una higiene bien establecida y sobre todo un régimen alimenticio apropiado *(leche, polvos alimenticios, jugo de carne, huevos, carnes picadas, aceite de hígado de bacalao*, y si éste no se tolera bien, *glicerina neutra* en cantidad de 20 á 60 gramos diarios, etc.). No es necesario insistir más en estas reglas generales del tratamiento que han de responder á las tres siguientes indicaciones: a) *Existencia de una tuberculosis;* b) *localización en el tubo digestivo;* c) *crisis dolorosas* ó *accesos infecciosos accidentales.*

B. — *Tratamiento quirúrgico.* — Aunque no debe recurrirse de una manera precipitada á la intervención operatoria, siempre grave en esta región á pesar de los progresos de la antisepsia, tampoco ha de olvidarse que la acción simplemente médica está llamada únicamente á desempeñar un papel paliativo desde el momento en que los trastornos son frecuentes ó se acentúan, y sobre todo desde que el tumor se afirma y aumenta. *Entonces es preciso acudir á la terapéutica quirúrgica.*

Del mismo modo que en las demás tuberculosis locales (piel, articulaciones), la exéresis de la parte enferma ha dado, así en Francia como en el extranjero, resultados satisfactorios. Sachs, Benoit, han presentado estadísticas muy favorables (1); pero, como ha hecho observar el primero de estos autores, después de haber dado la proporción considerable de los éxitos conseguidos á consecuencia de las operaciones conocidas (1892), las estadísticas no tienen un valor absoluto porque las más de las veces sólo se publican las curaciones.

De aquí que el médico, antes de llamar al cirujano, deba determinar las probabilidades de éxito ateniéndose á la naturaleza de los accidentes, á las condiciones actuales del enfermo, á sus antecedentes hereditarios y al curso de la tuberculosis local.

En tesis general, puede decirse que la *indicación de intervenir* la

(1) 18 éxitos en 22 operaciones (estadística de Benoit, 1893).

da la *existencia de la estrechez progresiva* del intestino producida por la tuberculización *local* del ciego. Si hay obstrucción aguda, la indicación puede tomar el carácter de urgente.

La existencia de síntomas de una tisis pulmonar avanzada, de una tuberculosis aguda, de una tuberculización intestinal diseminada ó de una tuberculosis pleuro-peritoneal, constituye una *contraindicación formal*.

Más delicada es la solución del problema cuando la auscultación minuciosa del pulmón permite comprobar la presencia de lesiones poco marcadas todavía, ó cuando la exploración de los diversos órganos revela la existencia de escrofúlides ó de producciones tuberculosas de curso tórpido. En estos casos ¿no es posible que el traumatismo quirúrgico apresure la marcha de tales procesos? ¿Será mejor para el enfermo correr los riesgos de una operación desde el momento en que hay observaciones de mejoría lenta conseguida en tales condiciones? ¿Vale más atenerse exclusivamente á la medicación interna? Preguntas son éstas á las cuales no puede darse una contestación teórica general. La conducta que deba seguirse variará según las circunstancias especiales de cada caso, debiendo tenerse muy especialmente en cuenta: 1.° el estado general del enfermo; 2.° el estado de las funciones del estómago; 3.° el género de tuberculosis delante de la cual se encuentra el médico, hereditaria ó adquirida, vulgar ó atenuada, de tendencia progresiva ó fibrosa.

Y aquí se presenta la siguiente cuestión: en los casos dudosos en que se sospecha la existencia de la tuberculosis ¿ofrece alguna ventaja el practicar una inyección de *tuberculina*, como medio de diagnóstico y el intentar un tratamiento por esta toxina en el caso de que la prueba dé una reacción positiva? (1).

Los datos que tenemos acerca de los efectos producidos por la tuberculina de Koch, demuestran sobradamente que esta substancia es susceptible de provocar peligrosas complicaciones. En el estado actual de la ciencia, no creemos que deba, *en principio*, proscribírsela en absoluto *como medio de diagnóstico* en el hombre (2); pero en nuestro concepto

(1) V. Biondi.—*Congrès international de Berlin; Revue de chirurgie* (1890).

(2) Billroth ha empleado este procedimiento para fijar el diagnóstico en un caso de tumor de la fosa ilíaca derecha. Muy recientemente Grasset y Vedel han preconizado las inyecciones de tuberculina (dos á cinco décimas de miligramo) como medio de diagnóstico precoz de la tuberculosis humana: según estos autores, este método, aplicado á dosis tan pequeñas, no ofrece peligro alguno. Preciso es, sin embargo, no olvidar que no debe atribuirse á este método de investigación un valor absoluto, puesto que puede faltar la reacción sin que de ello deba deducirse la ausencia de tuberculosis (lesiones curadas, hábito). Por otra parte, la sífilis, la lepra y la actinomicosis pueden también presentar reacciones por la tuberculina. Ahora bien, el tumor *actinomicósico* se encuentra en la región ileocecal, bien como localización de la enfermedad general, bien como manifestación principal de la presencia del parásito en la economía, y muchas veces ha dado lugar á una intervención operatoria.

únicamente debiera autorizarse su uso con las restricciones siguientes: 1.° reservar exclusivamente esta investigación á los casos para los cuales se considera indispensable; 2.° tomar todas las precauciones necesarias y practicar la inyección á *dosis muy pequeñas* y con extremada prudencia.

En cuanto al segundo punto de la cuestión, no puede ser contestado con alguna certeza, puesto que en el momento en que escribimos este artículo no se ha demostrado todavía la eficacia terapéutica de la nueva tuberculina preparada por centrifugación (1). Los graves errores registrados con la primera preparación del profesor berlinés, han de inspirar gran circunspección á los que se sientan dispuestos á intentar un segundo experimento. En nuestro concepto, vale más todavía abstenerse de hacer la prueba.

Sea cual fuere el porvenir reservado á estos productos (2), hoy en día el médico que se encuentre en presencia de un tumor del intestino de índole tuberculosa perfectamente definida, debe inspirarse en los principios en que se inspiraría si se tratara de una peritonitis crónica, es decir, ha de resolver, teniendo en cuenta el conjunto de síntomas generales y locales, si es necesaria la intervención quirúrgica ó si el único recurso á que pueda apelarse es el tratamiento médico paliativo antibacilar y reconstituyente.

III

Tumores malignos.—Cáncer

A. — CONSIDERACIONES GENERALES

Hemos dicho anteriormente que con el nombre de *cánceres* se comprenden en clínica algunos tumores que, siendo de diferente naturaleza histológica, tienen como caracteres comunes «el curso invasor, la tendencia á la recidiva después de la ablación, la invasión de los ganglios linfáticos y por último la generalización en las vísceras.»

Al lado del carcinoma aparecen los *sarcomas*, observados excepcionalmente como tumores autóctonos del intestino, y decimos excepcionalmente, porque en un reciente trabajo sólo ha sido posible reunir 14 casos.

(1) KOCH.—Sobre nuevas preparaciones de tuberculina. *Deutsch. mediz. Woch.*, 1.° de Abril de 1897 (Traducción en la *Sem. Méd.*, 1897, pág. 117). —Reclamación de BÜCHNER (en la *Presse médicale*, 1897, p. CLXVII).

(2) *Escritas estas líneas, la información realizada acerca de la nueva tuberculina de Koch ha demostrado que es un nuevo fracaso y ha hecho que fuese condenado, incluso en Alemania, el uso terapéutico de este preparado.*

El cáncer, raro en el intestino delgado, va siendo más frecuente en el grueso á medida que nos aproximamos al recto, en el cual alcanza su máximo de frecuencia (1). *Primitivo* casi siempre, es á veces también resultado de la invasión de un cáncer vecino (útero, estómago, vejiga, etc.).

Estas nociones de *localización* y de *origen* conviene recordarlas desde el punto de vista del diagnóstico y del tratamiento, ya que es imposible pensar en una intervención muy activa cuando se trata de un *cáncer secundario*. En cambio, la *enterectomía* puede producir resultados satisfactorios cuando se practica en un caso de cáncer primitivo en un principio, cuando conserva todavía el carácter de afección local ó por lo menos localizada. *Sería, pues, de gran importancia poder hacer un diagnóstico precoz;* pero por desgracia en este primer período, llamado con razón *latente,* los neoplasmas permanecen por regla general silenciosos ó determinan únicamente trastornos demasiado poco marcados para revelar su verdadera causa.

En el *período de estado*, el cáncer puede seguir desarrollándose durante un tiempo más ó menos largo, sin provocar trastornos suficientemente caracterizados para suscitar preocupaciones en el enfermo y moverle á consultar con un médico. En tal caso, no es raro que el cáncer se revele bruscamente determinando una oclusión aguda contra la cual es preciso obrar sin tardanza.

Generalmente los síntomas que despiertan la atención son fenómenos de dispepsia intestinal ó gastro-intestinal, de coprostasis, de obstrucción lenta; dolores abdominales sordos con exacerbaciones más ó menos localizadas y modificaciones en las deposiciones, sobre todo cuando estos síntomas coexisten con cierto grado de agotamiento de fuerzas. Entonces se impone la exploración metódica del abdomen y del recto (2): ésta puede dar un resultado negativo, en cuyo caso se llega al diagnóstico por exclusión, ó confirmar las sospechas concebidas.

En este último caso, queda por determinar con exactitud el valor semiológico de los síntomas desde el punto de vista de la naturaleza del tumor y de las indicaciones terapéuticas, lo cual constituye uno de los puntos más delicados del problema. Quizás en un porvenir próximo disminuirá la dificultad, gracias á los perfeccionamientos que los rayos Roent-

(1) Esta localización podría ser un efecto de la irritación de las paredes intestinales producida por el estancamiento de las materias fecales, que se han ido endureciendo á medida que se acercaban al extremo inferior del tubo digestivo.

(2) Respecto del diagnóstico precoz del cáncer del recto, véase: QUÉNU, Estudio clínico sobre el cáncer del recto *(Rev. de chirurgie,* Enero, 1897, pág. 3). — Diagnóstico del cáncer del recto *(Abeille médicale,* 8 de Mayo de 1897, pág. 145).

gen han introducido en la exploración de las cavidades esplácnicas; pero actualmente la dificultad sólo se resuelve por medio de la laparotomía exploradora.

Finalmente, en un período más avanzado, pueden presentarse complicaciones (hemorragias, perforaciones, peritonitis) originadas por esos tumores malignos y que constituyen elementos de indicaciones especiales.

Como se ve, no es cosa fácil intervenir con perfecto conocimiento de causa contra el cáncer intra-abdominal. En las diversas fases de su evolución, tienen la terapéutica médica y la quirúrgica sus indicaciones particulares, que resumiremos en las siguientes proposiciones:

1.° *Al principio,* el *tratamiento quirúrgico* (enterectomía) puede, si no ser realmente *curativo,* por lo menos contener la enfermedad durante un período bastante largo.

2.° En el *período de estado,* si la alteración local es extensa y el estado general está ya resentido, el acto quirúrgico no sería más que *paliativo.* El tratamiento entonces debe ser *sintomático,* siendo preciso responder á las indicaciones inmediatas por medio de la terapéutica médica y la creación de un ano ilíaco desde el momento en que esta operación se imponga.

3.° En el período de *generalización* y en los *cánceres con recidivas,* el *tratamiento médico* es el único indicado.

Puesto que el tratamiento quirúrgico es, al principio, susceptible de representar un papel importante, diremos algo acerca de él antes de entrar en la exposición del tratamiento médico, que es el de que especialmente debemos ocuparnos.

B. — TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

Para que la curación radical del cáncer pueda tener algunas probabilidades de éxito, es preciso intentarla en un período tan inmediato al principio como sea posible. El modo de intervención quirúrgica varía según que se trate de un cáncer del recto ó de un cáncer intra-abdominal.

1.° Cáncer del recto

La amputación por medio del asa galvanocáustica, aconsejada por Verneuil y Trélat, da buenos resultados «en los cánceres del extremo inferior del recto, perfectamente circunscritos y movibles, limitados á las

túnicas del intestino y sin ninguna propagación á los ganglios. En cuanto á los cánceres más extendidos en altura ó más próximos á la S ilíaca, la mayoría de los cirujanos son contrarios á la extirpación total y preconizan la creación del ano artificial. Kocher, Bardenhauer, Kraske, Terrier, han indicado procedimientos operatorios que permiten abordar más fácilmente los cánceres, suprimiendo el coxis ó abriendo una vía á través del sacro. Por último, Quénu ha indicado muy recientemente una «Nueva técnica operatoria para la amputación del recto canceroso (1)» destinada á favorecer el acceso de esas partes elevadas del recto por la cara anterior: esta técnica ofrece, según su autor, la ventaja de poderse practicar con una asepsia perfecta y de exigir más limitados sacrificios del esqueleto.

Indudablemente estas grandes operaciones, bien regladas, no son tan peligrosas como antes, y permiten ahora intentar lo que, no hace aún muchos años, habría sido considerado como temeridad excesiva (2). El cirujano decidirá la conducta que haya de seguir, según las condiciones del caso que se le presente, y aunque no hemos de discutir este asunto, haremos notar que las contraindicaciones á la intervención formuladas por un gran número de cirujanos en determinados casos de cáncer, no han sido motivadas solamente por los riesgos y dificultades de la operación, sino muy especialmente por la naturaleza de la enfermedad. Las objeciones que más adelante formularemos contra la intervención en el caso de cáncer intra-abdominal, pueden aplicarse también á las tentativas de curación radical de los cánceres elevados del recto. «Las ventajas esperadas son las más de las veces teóricas, dicen Forgue y Reclus, y las operaciones radicales á menudo sólo lo son de nombre, puesto que el mal se reproduce con gran facilidad (3).»

2.° Cáncer intra-abdominal

La resección del asa invadida exige una laparotomía previa. Innecesario nos parece insistir sobre la gravedad de la operación. Hace cosa de quince años, en una revista general acerca de la enterectomía, Bouilly (4), después de haber declarado que las indicaciones de las operaciones practicadas para la resección de un segmento del intestino, en el cual se

(1) Quénu. — *Société de chirurgie*, 25 Febrero de 1897; *Presse médicale*, 1897, pág. XC.

(2) Véase también la siguiente comunicación, publicada al mismo tiempo que escribíamos estas líneas: *Recherches pour remplacer le sphincter anal aprés l'extirpation du rectum* (Método de Gersuny por Prutz y discusión, Congreso alemán de cirugía, 1897, *Médecine moderne*, pág. 324).

(3) Forgue y Reclus. — *Traité de thérapeutique chirurgicale*, 1892, t. II, pág. 771.

(4) Bouilly. — *Revue de chirurgie*, 1881, pág. 50.

haya desarrollado un neoplasma, parecen ofrecer materia para una amplia discusión, planteaba concretamente la cuestión de intervención en los siguientes términos:

«Una de dos: ó el cáncer sólo determina trastornos de mediana importancia y es necesario dejarle que evolucione, si su presencia no ha sido reconocida en la única época en que su ablación podía proporcionar una prolongación de la existencia relativamente tranquila y larga, es decir, en sus comienzos, los cuales no se conocen ni se comprueban nunca, ó el cáncer da lugar á los accidentes de obstrucción intestinal. En este último caso, si es preciso obrar, ¿cómo debe procederse? En el período en que no cabe desconocer la existencia de un cáncer, la operación es demasiado grave en comparación con la incertidumbre y el escaso beneficio de los resultados.» En caso de intervención, Bouilly se declaraba partidario de la colotomía lumbar y del ano ilíaco, «que no ofrecen la temible alternativa de vencer por poco tiempo ó de matar en el acto.»

¿Han variado las circunstancias desde que se dictaron estos consejos inspirados por una sana crítica? La cirugía abdominal, gracias á los más rigurosos métodos antisépticos y á determinados perfeccionamientos de la técnica operatoria, tiende á restringir las contraindicaciones de la intervención activa. A pesar de las investigaciones de Rommelaere sobre el valor semiológico de la disminución de la excreción de la urea urinaria en los casos de tumor abdominal, — valor semiológico respecto del cual nos hemos creído autorizados para hacer algunas reservas (1) que ha confirmado la experiencia, — la primera dificultad es, lo mismo ahora que antes, formular un diagnóstico precoz que permita hacer en tiempo oportuno la ablación del cáncer.

Según las investigaciones de Duplay y Savoyre (2), tampoco puede prestarse gran fe, para llegar al diagnóstico, al aumento de la toxicidad urinaria ni á la presencia de una ptomaína especial descrita con el nombre de *cancerina* ($C^8 H^5 NO^5$), que Griffith (3), que la encontró en la la orina de una mujer que padecía de cáncer uterino, consideraba como característica de las orinas expelidas por las personas atacadas de una afección cancerosa.

En cuanto á la intervención operatoria en el período en que el diagnóstico es por desgracia positivo, los cirujanos sostienen opiniones varias y á veces diametralmente opuestas. Forgue y Reclus aceptan sin res-

(1) Mosséé.— *Congrès pour l'avancement des sciences*, Tolosa, 1887, y *Soc. de méd. et de chir. prat. de Montpellier.*

(2) Duplay y Savoyre. — *C. R. Académie des sciences*, 7 Diciembre de 1896, CXXII, pág. 1009.

(3) Griffith. — *Ibid.*, CXVIII, pág. 1350.

tricción el criterio de Bouilly; Bacqué (1) cree que antes de recomendar la intervención quirúrgica hay que esperar resultados más satisfactorios que los que actualmente arroja la estadística; Boiffin, por el contrario, es partidario de la intervención activa y rápida. La entero-anastomosis (operación de Maisonneuve modificada por Chaput) (2) parece ser la operación mejor para el cáncer intestinal (3).

Ante esta diversidad de opiniones, parece prudente esperar á que las estadísticas permitan apreciar de un modo seguro si la supervivencia y el estado del enfermo, después del *éxito operatorio*, justifican la intervención quirúrgica ó si es mejor ahorrar al paciente una operación grave que, además de los peligros inmediatos que trae consigo, no permite abrigar grandes esperanzas de una mejoría real y bastante duradera.

C.—TRATAMIENTO MÉDICO

El objeto de este tratamiento es combatir los accidentes locales determinados por la presencia de los neoplasmas y evitar ó aminorar sus efectos sobre el estado general. Comprende, pues, indicaciones generales y locales, que agruparemos en la forma siguiente:

1.° *Nutrición.* — A. — Mantener las funciones del tubo digestivo amenazadas, facilitando: *a)* el trabajo de la digestión; *b)* la progresión y la evacuación del residuo.

B. — Impedir las fermentaciones anormales y los fenómenos de autointoxicación.

C. — Sostener las fuerzas del organismo y, si es posible, contener la evolución del proceso.

2.° *Accidentes locales.* — Combatir el dolor, las hemorragias y las diversas complicaciones intercurrentes.

1.° Régimen alimenticio é higiénico

El *régimen lácteo* es el preferible: la leche, fácilmente asimilable, que introduce pocos microorganismos en el intestino, y que sólo deja un pequeño residuo, constituye en ésta, como en tantas otras afecciones del tubo digestivo, el alimento de primera utilidad. Mientras el enfermo tolere otros alimentos, se añadirán al régimen lácteo los huevos — sobre todo la

(1) BACQUÉ. — *Thèse de Paris*, 1893.

(2) CHAPUT. — *Arch. gén. de médecine*, 1891, págs. 583-687.

(3) BOIFFIN, á quien esta operación ha dado bastante buen resultado en un caso en que fué preciso dejar en el abdomen el tumor, demasiado voluminoso para ser extraído, aconseja que se practique lo más pronto posible (*Revue de chirurgie*, 1893).

yema, que contiene las materias grasas en estado de emulsión — caldos, carnes ligeras, peptonas, extractos y jugos de carne, polvos alimenticios (1) y algunas legumbres. También puede autorizarse el uso del pan y de los purés en pequeña cantidad y de la fruta madura ó muy cocida, recomendando empero que se eliminen de ellas las pepitas y los huesos, cuya ingestión facilita la producción de distintos accidentes (dolores, hemorragias, oclusión) cuando se detienen á nivel de los neoplasmas. Como bebida: el agua común, filtrada, las aguas minerales *alcalinas*, la cerveza, los vinos flojos naturales y la *tisana de condurango*.

En tesis general, el régimen alimenticio ha de estar compuesto de manera que contenga en un volumen pequeño substancias fácilmente asimilables que dejen escaso residuo, y poco susceptibles de originar fermentaciones nocivas. Según Ashton y Mollière (2), en los cánceres del intestino las funciones del estómago aparecen las más de las veces alteradas, y por consiguiente importa vigilar su debilidad irritable aun en los casos en que el neoplasma reside en el recto.

La alimentación en tales condiciones dispuesta produce menor residuo y facilita indirectamente la exoneración alvina; pero en algunos casos es preciso recurrir á las precauciones directas que impiden la coprostasis y evitan el estreñimiento.

En tales circunstancias, mejor que los verdaderos purgantes están indicados los polvos *laxantes*, los *purgantes* suaves, para promover evacuaciones blandas. En otra parte de esta obra (3) hemos dado una lista de numerosas substancias ó preparados medicamentosos utilizados con este objeto y hemos indicado á qué dosis conviene prescribirlos.

Los agentes absorbentes que impiden el meteorismo y la distensión de la túnica muscular, las lavativas frías (método de Krüll), los lavados del estómago, que de un modo más ó menos indirecto despiertan los movimientos peristálticos, pueden llegar á ser auxiliares útiles. Si la obstrucción toma un cariz amenazador, en el caso de tumor situado bastante abajo en el colon ó en la S ilíaca, es necesario tratar de conjurar el peligro provocando una deposición abundante por medio de inyecciones con una sonda larga ó de irrigaciones del intestino (Dauriac y Lesage).

Si se trata de un cáncer del recto, la coexistencia de hemorroi-

(1) Véase un reciente estudio sobre el valor relativo del extracto de carne, de las peptonas y de las albumosas en la alimentación de los enfermos, según los trabajos de Voit y las últimas publicaciones alemanas, hecho por Romme (*Presse médicale*, 10 de Mayo de 1897, pág. 210).

(2) Mollière.—*Traité des maladies du rectum et de l'anus*, pág. 580.

(3) Véase tomo IV, pág. 556.

des dolorosas viene demasiado á menudo á aumentar la tendencia al estreñimiento resultante de la dificultad mecánica debida á la presencia del neoplasma. En este caso, aparte del empleo de los medicamentos y agentes laxantes generalmente usados para remediar este estado, es preciso insistir cerca del enfermo para que observe las reglas de higiene especial que podrían llamarse «la higiene del recto,» reglas que hemos resumido en el capítulo *Higiene de los que padecen almorranas* (1).

2.° Medicación antiséptica

Contra la autointoxicación que hacen inminente la lentitud primero y el estancamiento después del residuo de la digestión y la presencia del carcinoma, se emplean los agentes ordinarios de la antisepsia intestinal (*naftol, benzonaftol, carbón, magnesia*, etc.). También tienen su aplicación como antisépticos las lavativas y los lavados cuya eficacia para despertar la contractilidad intestinal y arrastrar mecánicamente las materias estancadas hemos indicado anteriormente: en este caso es conveniente emplear agua hervida sola, y aun mejor adicionada con *ácido bórico* (2 ó 3 por 100), ó con *alumbre, sulfato de hierro*, ó *agua de Pagliari* si hay rezumo sanguinolento. El *permanganato de potasa* (1 gramo por 1000) se emplea ventajosamente en los lavados del recto para detergir las superficies purulentas y combatir el olor repugnante que incomoda al enfermo y á los que le rodean.

En todas estas operaciones es preciso no perder de vista que las túnicas intestinales están alteradas, que el neoplasma está á veces reblandecido, ulcerado, sanguinolento y que hay que evitar cuidadosamente todo traumatismo, todo esfuerzo intempestivo para violentar el paso estrechado. Se introducirá suavemente la sonda aséptica, untada con vaselina ó con un cuerpo graso aséptico, y si se nota resistencia, se la guiará con el dedo lo más lejos que se pueda.

3.° Medicación tónica y reconstituyente

Los agentes de la medicación analéptica y reconstituyente, *coca, kola, quina, glicerofosfatos,* vinos generosos, vino de Champagne, preparados *arsenicales,* etc., en una palabra, todos los medicamentos destinados á fortalecer la nutrición desfallecida, proporcionan al médico medios de variar la medicación para sostener la decaída energía.

(1) Véase tomo IV, pág. 556.

Agentes medicamentosos llamados especiales.— Se ha dicho que el *arsénico*, útil como modificador de la nutrición general (1), era susceptible de obrar sobre el tejido neoplásico del cáncer; esto no obstante, no se conoce ningún caso de curación comprobada del cáncer conseguida por el uso interno de este medicamento, y los autores alemanes, que son los más favorables á esta medicación, declaran que es preciso reservarla para los cánceres inoperables (Esmarch, Billroth, Bergmann).

Por otra parte, tratándose de medicamentos recomendados como susceptibles de ejercer una acción eficaz sobre el cáncer, se impone cierto excepticismo justificado por la experiencia. Debemos, sin embargo, recordar los buenos resultados que ha obtenido Brissaud tratando el cáncer del estómago con el *clorato de sosa* á la dosis de 8 á 16 gramos al día (2). Esta sal, administrada en inyecciones é interiormente, ha dado, al parecer, buenos resultados contra el cáncer del útero (3). De modo que, con tal de recordar que el clorato de sosa á dosis elevada es tóxico (Lépine), sobre todo cuando la orina es albuminosa, podría prescribirse este medicamento contra el cáncer intestinal de la manera que ha sido prescrito en los casos de carcinoma uterino (Boucher, Duvrac), es decir, por la vía estomacal y, en caso de ser el neoplasma fácilmente accesible, en inyecciones é irrigaciones rectales. Es probable que, después de la comunicación de Brissaud, haya sido ya recomendada esta medicación contra los tumores que estudiamos, pero ningún trabajo sobre este particular ha llegado á noticia nuestra.

Por último, Denissenko (4), médico del hospital de Briansk, ha conseguido, según parece, excelentes resultados con el empleo, *intus* y

(1) Después de haberse empleado mucho en el tratamiento local de los epiteliomas y cancroides superficiales, el arsénico estaba ahora abandonado, cuando Cerny y Trunscek, de la Universidad tcheque de Praga, acaban de preconizar nuevamente su uso (Curación radical del cáncer epitelial, *Sem. médicale*, 1897, pág. 161). Según declaración de estos autores, la embrocación de los epiteliomas superficiales con una mixtura alcohólica es bastante dolorosa. Señalamos el mencionado trabajo para que el médico pueda, si lo considera útil en caso de cáncer del recto situado bastante abajo, hacer embrocaciones con esta mixtura preconizada por los referidos autores y cuya fórmula es:

Acido arsenioso pulverizado	1 gramo
Alcohol etílico . . . . . }	áá 75 —
Agua destilada. . . . . }	

M. s. a.

La proporción de la solución se aumenta hasta al 1 por 100 y aun á 1 por 80 si la escara producida se hace bastante gruesa durante la medicación. En tesis general, las embrocaciones constituyen en el cáncer del recto un método paliativo del que no pueden esperarse resultados muy eficaces.

(2) Brissaud. — *Association pour l'avancement des sciences* (Informe del Congreso de Besançon, 1893, tomo I, pág. 310).

(3) Duvrac.—*Thèse de Paris*, 1896.

(4) Denissenko. — *Nuevo tratamiento del cáncer*, Wratch, 1896, y *Médecine moderne*, suplemento, pág. 666.

extra, de la *celidonia mayor* (1 á 5 gramos de extracto al día). Este tratamiento, que empieza por determinar una marcada irritación, es, al parecer, inofensivo: el citado autor lo ha empleado en 8 casos de cáncer, la mayór parte superficiales, y en 2 de cáncer del esófago. Robinson ha publicado un nuevo caso con éxito (1); de suerte que en los cánceres inoperables parece que el médico puede hacer la prueba de esa substancia, como pide Denissenko.

4.° Tratamiento de los accidentes locales

A.—*Dolor.*—Mientras el dolor es moderado, los fomentos y embrocaciones calientes sobre la región dolorida, los linimentos calmantes (*aceite de beleño* y *aceite de belladona: ââ* 15 gramos, ó bien *aceite de almendras dulces* 60 gramos, *cloroformo* 6 gramos), las cataplasmas *laudanizadas* y la compresa húmeda pueden emplearse útilmente, administrando al mismo tiempo interiormente pequeñas dosis de *opio* y de *belladona*. No hay que apresurarse á recurrir á los opiados, porque el enfermo se acostumbra á ellos muy pronto.

Contra las crisis más dolorosas, en un período más avanzado, se recurrirá á las *inyecciones de morfina*, de 5 miligramos á 2 centigramos. Sabido es que este alcaloide produce vómitos en los enfermos que lo toleran mal; en este caso puede asociársele la *atropina* como correctivo. El uso de la solución siguiente, á la dosis de medio á un centímetro cúbico, calma ó hace cesar generalmente tales accidentes:

Agua destilada.	âà 15 gramos
— de laurel real	
Clorhidrato de morfina	0 gr. 30
Sulfato neutro de atropina	0 gr. 03

H. s. a. solución para inyecciones hipodérmicas. Cada centímetro cúbico contiene 1 centigramo de sal de morfina y 1 miligramo de sulfato de atropina (2).

Por otra parte, en el cáncer intra-abdominal, el dolor va á menudo asociado con la dispepsia gastro-intestinal y con el estancamiento de las materias fecales: la elección de alimentos, los laxantes suaves y las prácticas de la antisepsia más arriba indicadas, contribuyen á atenuarlo y prevenirlo.

(1) Robinson.—*Société de Thérapeutique*, 28 Octubre de 1896.

(2) Esta proporción de 1 por 10 indicada por Dujardin Beaumetz ha sido generalmente aceptada y nosotros mismos la hemos adoptado para el tratamiento del cólico hepático (véase el art. Cólico hepático, en el *Diccionario* de Dechambre). Haremos, sin embargo, observar que algunos autores indican una proporción de sulfato de atropina sensiblemente inferior y que parece ser preferible para los casos en que la intensidad de los fenómenos dolorosos induzca á emplear una dosis mayor que la señalada de medio á un centímetro cúbico de solución.

Si se trata de un cáncer del recto, se prescribirán útilmente las lavativas de agua caliente, los cocimientos de substancias emolientes ó aromáticas y los supositorios calmantes. El médico podrá recetar los supositorios, según las indicaciones, asociando la *belladona*, el *opio*, la *morfina*, la *antipirina*, por ejemplo:

1.°	Extracto de belladona	0 gr. 01 á 0 gr. 05
	Extracto de beleño.	0 gr. 05 á 0 gr. 15
	Extracto de opio.	0 gr. 02 á 0 gr. 05
	Manteca de cacao.	4 gramos

H. s. a. un supositorio.

2.°	Extracto de belladona.	0 gr. 02 á 0 gr. 05
	Clorhidrato de morfina.	0 gr. 01 á 0 gr. 03
	Manteca de cacao.	4 gramos

H. s. a. un supositorio, que se aplicará después de una irrigación rectal.

A pesar de esta medicación tópica local, los dolores obligan muy pronto al enfermo á pedir las inyecciones de morfina, á las que no tarda en acostumbrarse y que llegan á ser para él una imperiosa necesidad.

B. — Las *hemorroides* constituyen un accidente frecuente del cáncer intestinal y en particular del cáncer del recto: salvo complicación urgente, no debe aplicárselas otro tratamiento que el sintomático.

C. — Las *hemorragias* intestinales son combatidas por los medios ordinarios, según su importancia y el punto lesionado.

D. — En cuanto á los demás accidentes y complicaciones posibles del carcinoma intestinal, tales como las *perforaciones* y la *peritonitis*, nos limitaremos á mencionarlos, porque requieren una intervención estudiada en otros capítulos de este Tratado.

IV

Ensayos de seroterapia y de toxiterapia sobre los tumores malignos

Hemos de abordar ahora una cuestión general de capital importancia, puesto que la existencia de los tumores malignos y del cáncer del intestino no se reconoce generalmente hasta una época en que ya es tarde para operar: «*¿Qué debe pensarse, y qué se puede esperar de los ensayos de seroterapia del cáncer?*»

Varias veces se ha visto que un tumor maligno retrocedía, se atenuaba por un período bastante largo y aun que se curaba después de una erisipela sobrevenida accidentalmente, y se ha pensado, en su consecuencia, que la erisipela ejerce una influencia modificadora favorable sobre el

cáncer. De aquí que desde el momento en que se descubrió el agente patógeno de esta enfermedad infecciosa se concibiera la idea de tratar de producir, por la inoculación de un cultivo puro de este bacilo ó de sus toxinas esterilizadas, la mejoría si no la curación de los tumores malignos (1).

Coley, Lassar, Répin, Spronck, Emmerich y Scholl han multiplicado las pruebas terapéuticas y variado las condiciones de la experimentación para llegar al fin que perseguían sin exponer al paciente á graves riesgos. Los experimentadores han empleado unas veces el cultivo del microorganismo específico solo, otras su toxina aislada ó asociada con la del bacilo prodigiosus (Coley, Répin) y otras el suero de un animal (carnero) inoculado con los cultivos virulentos de erisipelacocos (Emmerich y Scholl). Desde un principio, algunos graves accidentes y hasta casos de muerte demostraron la necesidad de adoptar las más rigurosas precauciones. Adoptáronse éstas, y bajo la influencia de las inyecciones ó inoculaciones hechas, ya *loco dolenti*, ya *á distancia*, produjose á veces una modificación favorable al tumor, llegándose á concebir la esperanza de obtener verdaderas curaciones en algunos casos de sarcomas. La enfermedad, sin embargo, siguió inexorablemente su curso en la mayoría de aquéllos en quienes al principio había dado el tratamiento buenos resultados (Angerer, Bruns, Petersen).

En estos primeros experimentos habíase empleado empíricamente, contra tumores cuya naturaleza microbiana no está demostrada, un microbio patógeno específico y sus toxinas. Richet y Héricourt han abordado el problema de distinto modo. En tanto que se demuestra la naturaleza microbiana del cáncer, han tratado desde luego de comprobar experimentalmente si el jugo canceroso posee la propiedad anticancerosa. Después de haber triturado en agua esterilizada un fragmento de tumor maligno y filtrado el jugo así obtenido, lo inyectaron primero en un animal (perro, asno); algunos días después, el suero de estos animales sirvió para hacer inyecciones en el tejido celular de dos individuos que padecían, el uno de un fibrosarcoma del tórax, que se había reproducido en la cicatriz á los cinco meses de operado, y el otro de un cáncer del estómago (2).

«En el primer caso, el tumor no sólo mejoró sino que se curó con estas inyecciones, cuando habría sido impotente cualquier otro tratamiento que no fuera la ablación por instrumento cortante.» En el segundo

(1) Ricord, Desprès, Busch habían probado ya de inocular la erisipela con este objeto; pero el experimento era demasiado peligroso mientras la naturaleza de la erisipela no fuese mejor conocida.

(2) Richet y Héricourt. — Tratamiento de un caso de sarcoma por la seroterapia (*C. R. Acad. Sciences*, 29 Abril de 1895, t. CXX, pág. 948).

caso, respecto del cual cabe hacer ciertas salvedades, puesto que el diagnóstico no había sido confirmado por el microscopio, el «tumor de la región epigástrica desapareció rápidamente en tres semanas bajo la influencia de las inyecciones subcutáneas del jugo canceroso, al mismo tiempo que mejoraba el estado general y que el peso del enfermo aumentaba desde 57 á 60 kilogramos.»

Estos dos éxitos eran alentadores, pero nadie podía dejar de hacer algunas reservas acerca del porvenir de este método. En efecto, el origen microbiano del cáncer no ha podido ser demostrado, y en concepto de muchos autores dista mucho de estar probada la contagiosidad del mismo. Los mismos Richet y Héricourt reconocían que la existencia de un microbio virulento en el cáncer es problemática, y sin embargo, una tentativa de seroterapia *parecía* haber dado buenos resultados. ¿No era, pues, de temer que hubiese en ello un nuevo ejemplo de uno de esos períodos de suspensión, de una de esas curaciones aparentes ó temporales que en tan gran número registra la historia terapéutica de los carcinomas?

Muy pronto, efectivamente, el estudio de un cierto número de casos nuevos, — unos cincuenta, personales ó tomados de diferentes médicos, — impulsaba á aquellos autores (1) á formular expresas salvedades sobre las propiedades específicas del suero anticanceroso: en los cuatro quintos de aquellos casos había habido mejoría temporal constituída por uno ó varios de los siguientes síntomas: disminución de los dolores, mejor aspecto de las ulceraciones, á veces tendencia á la cicatrización, desaparición del tumor ó suspensión en la evolución del mismo, aumento de fuerzas. Pero *«esta mejoría era de corta duración; al cabo de uno ó dos meses, la enfermedad había seguido su marcha progresiva hasta el término fatal.»* A pesar de ello, Richet y Héricourt afirmaban que el tratamiento seroterápico si no sirve todavía para curar radicalmente los neoplasmas, por lo menos los mejora rápidamente y de un modo mucho más eficaz que cualquier otro de los tratamientos conocidos.

¿A qué se debe la mejoría lograda con métodos tan diferentes como los de Coley, Emmerich y Scholl, Richet y Héricourt? Según Fabre-Domergue: «Regresión verdadera por destrucción parcial del tejido neoplásico y regresión aparente por rarefacción de los elementos conjuntivos emigrantes y á veces producción simultánea de ambos efectos, tales son los fenómenos que inducen á creer erróneamente en una curación y que

(1) Richet y Héricourt. — Seroterapia en el tratamiento del cáncer. *Académie des sciences*, 21 Octubre de 1895 (*C. R.*, t. CXXXI, pág 567). Véase también: *Congrès de médecine interne*. Burdeos, 1895: Ferré, Boinet, Comunicaciones sobre el mismo asunto, pág. 583.

permiten explicar á la vez los éxitos temporales observados á consecuencia de inyecciones de las substancias químicas más desemejantes y la unidad de los resultados señalados, á pesar de la diversidad de esas substancias (1).»

Tales son también, al decir de este médico, las causas que deben *a priori* hacer acoger con cierta reserva todos los resultados de los experimentos intentados dentro de este mismo orden de ideas. Y preciso es confesar que estas reservas parecen en gran parte justificadas.

Según Ferré (de Burdeos), que ha estudiado el efecto de las inyecciones anticancerosas de Richet en 12 enfermos, tres de ellos con cánceres en el intestino, y que ha observado una mejoría temporal, «este método no parece modificar sensiblemente el elemento canceroso en sí mismo, sino que produce la desaparición de la tumefacción, porque descongestiona las infiltraciones inmediatas. También parece disminuir las hemorragias superficiales.»

Arloing y Courmont admiten asimismo que la disminución momentánea del volumen de los tumores es debida probablemente á una regresión de la zona inflamatoria periférica.

El hecho experimentalmente demostrado por estos últimos autores, de que el suero de un asno normal y el de un asno inoculado con el jugo canceroso presentan propiedades benéficas iguales, induce á preguntar si la mejoría provocada es simplemente efecto de la inyección hipodérmica del suero y no de una substancia protectora desarrollada consecutivamente á la inoculación de la substancia cancerosa. La ausencia de fenómenos reaccionales locales y generales en los casos en que se ha empleado el suero del asno normal, hace pensar que este líquido contiene menos substancias tóxicas que el suero de los animales previamente inoculados, y que por consiguiente debe ser preferido á éste.

Mas sea de esto lo que fuere, queda un hecho importante en teoría y en la práctica, y es que en los casos de cánceres viscerales y de tumores malignos profundos, se ha podido observar una mejoría gracias á inyecciones practicadas en las *inmediaciones y á corta distancia de los neoplasmas*. Estas inyecciones, que no tienen el poder curativo que se les había atribuído *a priori*, ¿constituyen una medicación paliativa de verdadero valor en el tratamiento de los cánceres *inoperables?* Según parece, se trata únicamente, como dice Roger (2): «de una acción tónica, quizás útil, pero insuficiente.»

(1) Fabre-Domergue. — Seroterapia y cáncer (*Bulletins de la Société de Biologie* 18 Mayo de 1895).

(2) Roger.— *Rapport au Congrès de médecine de Nancy*, 1896.

Preséntase aquí una duda: *Estos métodos ¿no van acompañados de algunos riesgos y no es de temer su nocuidad?*

Le Dentu, en una revista general en que estudia muy de cerca los trabajos hasta entonces publicados *sobre la toxiterapia y la seroterapia de los tumores malignos* (1), manifiesta el temor de que las conclusiones de Richet y Héricourt adolezcan de cierto exceso de optimismo, y se muestra muy reservado respecto del empleo de la toxiterapia y sobre todo de la seroterapia, diciendo que, á su juicio, las inyecciones anticancerosas no tienen legítimamente derecho á ocupar un lugar en la terapéutica: «Quizás algún día, dice Le Dentu, si se consigue determinar con precisión las condiciones gracias á las cuales el cultivo del estreptococo ó su toxina alcanzan su máximo de acción sin dar lugar á riesgos más graves, se obtendrán en los individuos atacados de neoplasmas, con el carácter de constancia que es de desear, los buenos resultados que la erisipela accidental sólo en muy contados casos ha producido hasta ahora.»

Como se ve, las palabras del sabio cirujano del hospital Necker, cuyo estudio erudito y razonadísimo se leerá con provecho, demuestran una severa desconfianza así en el presente como respecto del porvenir de estas medicaciones.

Casi en la misma época afirmaba Berger, en una lección muy interesante (2), que estas innovaciones terapéuticas deben reservarse exclusivamente para los tumores inoperables, y se declaraba, no sin grandes salvedades, más bien favorable al método de Richet y Héricourt, menos peligroso, según él, que los de Coley y Emmerich (3). He aquí sus conclusiones:

«El médico está autorizado para proporcionar á los cancerosos la mejoría que pueden producir en su estado los métodos nuevos y principalmente los de Richet y Héricourt; pero estas tentativas deben *limitarse á los tumores inoperables*.

»En los sarcomas inoperables podrán practicarse en el tumor las inyecciones intersticiales de toxinas (método de Coley), porque no se ha demostrado que no puedan curarlos (4).

(1) Le Dentu.—*Gazette des hôpitaux de Paris*, 1896, pág. 159. *Loc. cit.*

(2) Berger. — Nuevos métodos de tratamiento del cáncer. Lección de apertura de la clínica quirúrgica de la Pitié, Noviembre de 1895 *(France médicale*, 1895, pág. 721).

(3) Véase, además, la estadística publicada por R. von Jacksh, con cinco casos, uno de ellos linfosarcoma de la pelvis. Resultados desfavorables, accidentes generales. Sólo en un caso, efecto favorable sobre el tumor, pero nefritis sobreaguda que obliga á interrumpir el tratamiento (*Mittheil. aus d. Grensgeb. Mediz. und Chir.*, 1896, t. I, núm. 3, pág. 318, *anal.* en *Presse Méd.*, 1897, pág. 116).

(4) Según Madelung (citado por Galliard), el sarcoma del intestino delgado es inoperable.

»En los cánceres inoperables podrán conseguirse muy buenos efectos, con las inyecciones del jugo canceroso (método Richet).»

Ya hemos visto que las inyecciones de suero normal pueden producir con menos inconvenientes, los mismos buenos resultados.

«Prosiguiendo estas tentativas, modificando los métodos y los procedimientos en un sentido que sólo las futuras investigaciones podrán precisar, se encontrará tal vez algún día el preservativo ó el remedio contra uno de los males más terribles que afligen á la humanidad.»

Estas conclusiones no cierran la puerta á la esperanza y no tendríamos ningún inconveniente en incluirlas en el capítulo especial de la historia del cáncer que acabamos de estudiar, con la condición restrictiva de aumentar las precauciones á fin de que no se produzcan accidentes graves como los que en sus observaciones han mencionado Boinet, Arloing y Courmont. *A priori*, el temor de estos accidentes induciría á dar la preferencia, á lo menos para empezar, al *suero normal* y aun al *suero artificial*, pero, como hemos visto, las opiniones andan todavía discordes.

En las anteriores páginas hemos relatado de una manera relativamente breve esos ensayos de terapéutica nueva, acerca de los cuales no podemos extendernos más para no salirnos de los límites que nos han sido trazados. El lector encontrará más circunstanciados detalles en las lecciones y revistas citadas anteriormente. En la actualidad, los progresos de la terapéutica general microbiana atraen poderosamente la atención médica que vislumbra ciertas esperanzas que habría sido temerario concebir hace apenas algunos años. El médico debe precaverse contra las generalizaciones prematuras y los entusiasmos efímeros; pero debe también seguir con interés los trabajos de investigación emprendidos y acoger sus resultados con un espíritu de comprobación científica tan apartado del misoneísmo como de la admiración preconcebida. Animados de este espíritu, hemos procurado presentar al lector, como apéndice al capítulo *Cáncer y tumores del intestino*, el estado actual de la ciencia respecto de la seroterapia del cáncer.

CAPÍTULO XXXIX

INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES QUIRÚRGICAS EN LAS AFECCIONES MÉDICAS DEL ESTÓMAGO

POR

F. VERCHÉRE

Cirujano de Saint-Lazare

Traducción del Dr. D. JOSÉ GÓNGORA

I

Consideraciones históricas

Al cirujano se recurre á menudo durante el curso ó, por desgracia con demasiada frecuencia, á la terminación de las afecciones del estómago. Sólo en los casos desesperados se apela á la cirugía, por lo menos hasta ahora así sucede las más de las veces, y los resultados obtenidos por la intervención en tales condiciones no son los más á propósito para solicitar la ayuda del bisturí en casos análogos.

Débese esto á que la cirugía del estómago es todavía reciente, y si las indicaciones para su intervención eran antes relativamente raras, han ido siendo más frecuentes de algunos años á esta parte, es decir, desde que se opera mejor y de un modo más oportuno.

La cirugía estomacal apenas ha salido del período de estudios. En 1879, afrontáronse por vez primera en Francia los peligros de la ruptura de un punto de sutura: en 9 de Abril de aquel año practicó Péan una resección del píloro, en un caso de cáncer del estómago. Algunos meses después (16 de Noviembre de 1880) Rydigier hizo una nueva tentativa; y por último, el tercer caso de pilorectomía corresponde á Billroth (1881) y fué seguido de curación. A partir de aquella época, los hechos se multiplican, sobre todo en el extranjero, y todo cáncer del estómago parece ser coyuntura propia para la intervención. Woelfler, Salzer,

Eiselsberg, perfeccionan los procedimientos operatorios, y así dice Guinard, en 1892, que en un viaje que hizo al Austria y á Suiza le sorprendió «el encarnizamiento con que los cirujanos perseguían el cáncer del estómago.» En Francia, la resistencia seguía siendo mayor en 1877. Verdad es que antes de las primeras tentativas formales, Le Fort se expresaba en los siguientes términos: «Cuando los estudiantes querían, hace veinte años, burlarse de la credulidad y candidez de algún compañero joven, le decían que el cirujano tal, conocido por sus excentricidades operatorias, había extirpado un píloro canceroso. Hasta ahora, Gussenbauer sólo ha practicado la resección en perros; pero la marcha emprendida de algún tiempo á esta parte por la cirugía de allende el Rhin, autoriza á creer que antes de poco se hará el experimento en alemanes.» Le Fort se equivocó en este último punto, puesto que el experimento se hizo en un francés y por un francés; pero de todos modos sus palabras resumían exactamente la expresión de las ideas en aquel entonces admitidas. En 1881, Maunoury refiere las observaciones publicadas en el extranjero; pero es preciso llegar á 1888 y 1889 para encontrar nuevos casos de Péan.

Y sin embargo, multiplicábanse las pilorectomías en el extranjero. Guinard (1892) reunía en un trabajo muy completo 153 casos de pilorectomías con 57'3 por 100 de fracasos. En 1893, Dreydorff citaba 188 operaciones con 57'4 por 100 de éxitos desgraciados, y en 164 de estas operaciones se trataba de cáncer. Finalmente, en 1895 Doyen publicaba su hermoso libro sobre cirugía estomacal, en el que publicaba su estadística personal y los resultados comparativos, así en Francia como en el extranjero, enunciaba nuevas indicaciones operatorias y daba carta de naturaleza á la cirugía del estómago.

Y es que de quince años á esta parte la cirugía visceral se ha enriquecido con nuevos progresos: la resección del píloro, la pilorectomía de Péan, Billroth y Rydigier, no es ya la única operación practicada, sino que se han creado nuevas intervenciones y con éstas han surgido indicaciones nuevas.

En primer lugar, Woelfler ha indicado la gastro-enterostomía (1881). En el primer caso que operó, tratábase de un cáncer del píloro adherente y extenso, y el operador, retrocediendo ante la pilorectomía, contentóse con anastomosar el estómago y el yeyuno. El éxito coronó esta primera tentativa y quedó creada la gastro-enterostomía. Muy poco después, Rydigier (1884) curó de una estrechez cicatricial á un enfermo á quien había hecho la laparotomía, al parecer sin haber determinado previamente el diagnóstico. Desde entonces se suceden los casos de estenosis cicatricial que se remedian resueltamente por la gastro-enterostomía: ya no es la

operación *in extremis* para prolongar la existencia de enfermos irremisiblemente perdidos á causa de su cáncer, sino una operación curativa definitivamente radical. En Francia, la primera gastro-enterostomía la hizo Pozzi en 1887.

Algún tiempo antes Monod había leído ante la Sociedad de Cirugía una notable memoria sobre dos casos de gastro-enterostomía operados por Roux (de Lausana), á pesar de lo cual la intervención quirúrgica no entraba todavía en la práctica francesa.

Dreydorff en 1893 presenta una estadística de 214 operaciones de gastro-enterostomías, que se distribuyen del modo siguiente: 181 estenosis cancerosas del píloro, 27 estenosis fibrosas y 4 estenosis duodenales: esto indica cómo en el extranjero se proseguían las tentativas y cómo nos precedían en el camino que después nosotros emprendimos.

Entonces aparecían nuevas intervenciones: Billroth combinaba en 1885 la gastro-enterostomía con la pilorectomía y Dreydorff cita 10 observaciones de esta grave operación. Finalmente, Heinecke y Czerny practican la píloroplastia (escisión elíptica y reunión transversal del píloro estenosado), que más adelante repitió Doyen con éxito. Este último, en fin, crea en 1893 la gastroplastia, que practicada por él dió buen resultado.

Tal fué el período de investigaciones operatorias de la cirugía estomacal. Desde aquel momento, quedaron trazadas las grandes líneas de las intervenciones en las afecciones del estómago y comenzó el actual período en el que la intervención quirúrgica no se considera ya como un recurso extremo, como un método de excepción, sino como una buena terapéutica.

Los trabajos de Guinard y de Doyen, en Francia, han contribuído poderosamente al nacimiento de este período realmente quirúrgico de la patología del estómago y hoy vemos surgir las indicaciones, no sólo para el cáncer del estómago sino que también para las estrecheces cicatriciales (Heinecke, Doyen), para la úlcera del estómago (Rydigier, Van-Kleef, Lauenstein, Heinecke), para las adherencias estomacales (Loreta, Billroth, Terrier), para el estómago bilocular (Krukenberg, Bramann, Doyen), y finalmente, para las dispepsias y las dilataciones del estómago (Doyen). Y hoy se cree autorizada la intervención quirúrgica no sólo para remediar los accidentes inmediatos, urgentes, sino que también para poner al enfermo al abrigo de los que pudieran producirse y para prevenir ciertas transformaciones neoplásicas de úlceras simples en cánceres posibles (Dieulafoy).

Los dominios de la cirugía se han ensanchado; se acepta la intervención de ésta en las afecciones de carácter antiguamente considerado como puramente médico, y sus títulos de posesión son definitivos como lo prue-

ba el hecho de que, en un tratado de terapéutica médica como el presente, se incluya un capítulo de indicaciones y contraindicaciones quirúrgicas en las afecciones médicas del estómago.

II

Objeto que pueden conseguir los medios quirúrgicos aplicados al estómago

El estómago, cavidad abierta por sus dos extremos, es un lugar de paso de los alimentos y un sitio en donde se verifican las modificaciones digestivas: en él permanecen durante algún tiempo los alimentos ingeridos y en él se modifican. Si su permanencia allí se prolonga, los alimentos se alteran y son origen de una verdadera intoxicación, en cuyo caso han de ser expulsados, pues de lo contrario el organismo encuentra en ellos la fuente de una intoxicación muy conocida en la actualidad, sobre la cual no es necesario insistir. Si los alimentos son arrojados por vómito, no son absorbidos, el enfermo se agota, muere de inanición.

Dos peligros nacen, pues, de este estancamiento de alimentos, la intoxicación y la inanición, las más de las veces ambas simultáneamente. El fin que debe realizarse y que puede realizar la cirugía es facilitar la circulación de los alimentos é impedir que se estacionen mucho tiempo en el estómago. Esta misión puede llenarla la cirugía, y *solamente la cirugía la puede llenar*: bástale para ello, ó bien restablecer el orificio de salida del estómago ó bien crear una vía colateral que haga pasar directamente el contenido del estómago al intestino. La píloroplastia y la gastroenterostomía son las dos intervenciones que dan este doble resultado; son, en una palabra, operaciones que restablecen el funcionamiento del estómago sin obrar sobre la lesión misma. En otros casos, el médico puede reclamar otros auxilios, puede pedir á la cirugía que obre sobre la misma lesión, que la suprima y, por ende, que produzca una curación definitiva: tal sucede en los casos de tumores del estómago y especialmente del tumor más frecuente, del cáncer del estómago. La gastrectomía, la pilorectomía, son los medios que la cirugía puede ofrecer al médico en presencia de un cáncer del estómago ó de cualquier otro tumor de este órgano.

En resumen, todo accidente que reconozca por causa un estancamiento estomacal puede ser conjurado quirúrgicamente por medio del restablecimiento natural (píloroplastia) ó artificial (gastroenterostomía) del curso de los alimentos, y todo tumor del estómago puede ser

suprimido mediante una resección del órgano (gastrectomía, pilorectomía).

Disponiendo de estos medios enérgicos y ya probados ¿cómo y en qué condiciones debemos emplearlos?

Todas las afecciones del estómago pueden necesitar la ayuda de la cirugía en cualquier período de su evolución, ora se trate de remediar una de las complicaciones imprevistas que pueden sobrevenir, ora se haya de remediar alguno de sus síntomas graves (intoxicación por estancamiento ó inanición por estenosis). Las indicaciones operatorias nacerán, por consiguiente, cada una de por sí, del estudio mismo de los síntomas que exijan la intervención.

Estos síntomas pueden presentarse en cada una de las afecciones del estómago con más ó menos intensidad y gravedad; pero con todo, ellos han de ser los que guíen al médico para hacerle apreciar el momento oportuno de recurrir al cirujano. Este, por otra parte, se encontrará en presencia de dos métodos operatorios: la terapéutica sintomática (gastroenterostomía) ó la terapéutica anatomopatológica (gastrectomía). Como esta última está, en la gran mayoría de los casos, reservada al cáncer, con el cáncer mismo corresponde su estudio.

Existen, sin embargo, ciertos síntomas que, debidos á una lesión del estómago, exigen una acción quirúrgica directa sobre la lesión estomacal que determina aquellos síntomas graves. La hematemesis en la úlcera del estómago reclama la ligadura del vaso que sangra; la perforación exige la sutura de la pared ulcerada; pero estas dos complicaciones graves, fulminantes en muchos casos, deberían prevenirse, dirigiéndose la acción quirúrgica contra la úlcera misma: esta última es, pues, la que da las indicaciones operatorias.

Es preciso también añadir las grandes dificultades de diagnóstico que nos dan á conocer los médicos y que nosotros conocemos también perfectamente, puesto que en ciertas laparotomías, teniendo el estómago en la mano, no puede el cirujano saber si se trata de tal ó cual afección. Goldenhorn y Kolatschewsky (citados por Guinard) publican un caso en el cual «el píloro formaba un tumor duro, movible, grande como una manzana,» por lo que hubieron de extirpar muchos ganglios epiploicos infartados y resecar un anillo duodeno-estomacal de más de 6 centímetros de la gran corvadura. El examen demostró que había en el píloro una antigua úlcera cicatrizada. Al revés que en el caso anterior, Billroth hizo una pilorectomía creyendo habérselas con un cáncer del píloro, y al presentar la pieza, Salzer demostró que se trataba de una úlcera. Y así sucesivamente podríamos multiplicar los ejemplos de diagnósticos erróneos, hasta en el

curso de una laparotomía. No es, pues, el diagnóstico en sí lo que ha de servir de guía al médico en sus consejos al enfermo sobre la oportunidad de una intervención quirúrgica. Y no es sobre todo la afección *que se supone* tiene el enfermo la que debe influir en el ánimo del médico, sino el estado general del paciente y los síntomas más ó menos graves que ofrezca.

III

Indicaciones y resultados de la intervención quirúrgica en las afecciones no neoplásicas del estómago.

A. — INDICACIONES FUNDADAS EN LAS COMPLICACIONES

1.° Hemorragias

La hemorragia en la úlcera del estómago puede ser fulminante (Bazy, Boulloche, Caussade) (1) y puede ser el primer síntoma de esa enfermedad. En estos casos no hay tiempo para intervenir, pero constituyen la excepción. Según Lebert, la hemorragia sólo es mortal en el 5 por 100 de los casos y casi siempre en los casos antiguos: bajo la influencia de un traumatismo, de un esfuerzo, se rompe una cicatrización incompleta y con ella el vaso que contiene (Marion). La hemorragia no causa la muerte de los enfermos hasta al cabo de algunos días, y entonces se anuncia por vómitos de sangre más ó menos abundantes y frecuentes. En estos casos, la indicación operatoria es formal, debiendo tenerse en cuenta que si no se interviene, el paciente puede fallecer en pocos minutos á consecuencia de una nueva crisis de hematemesis. Las probabilidades de mortalidad que arroja la operación ¿compensan las de la hemorragia? Difícil es determinar una proporcionalidad exacta; sin embargo, de las cifras citadas por Marion, parece deducirse que la intervención es preferible á la abstención y que la mortalidad de aquella resultante no es tan elevada como la que resulta de ésta, en los casos en que se trata de una hemorragia grave, rebelde. La repetición de las hemorragias es la principal indicación operatoria; pero como la abundancia de aquéllas es casi siempre demasiado grande para que sea posible llegar á tiempo de intervenir oportunamente, no ha de esperarse este síntoma para tener una indicación.

Así opina también Alberto Robin (citado por Marion). Varios enfer-

(1) Citados en *Tesis de* MARION.

mos á quienes había encontrado exangües por haber perdido dos ó tres litros de sangre que inundaba la habitación en que estaban, fueron puestos inmediatamente en tratamiento, pudiendo contenerse la hemorragia, «pero estaba resuelto, decía Alberto Robin, á hacer intervenir al cirujano en caso de que hubiera persistido la hematemesis.» No debe esperarse mucho tiempo: la impotencia de los recursos médicos rápidamente reconocida es lo que debe impulsar á obrar quirúrgicamente. Hay que temer que una pérdida de sangre demasiado abundante agote al enfermo y que la intervención llegue á ser grave á causa del estado de anemia del paciente que le incapacite para resistir el menor choque operatorio. La ligadura de una coronaria ó de la esplénica no es una operación grave si se practica en un enfermo resistente y todavía vigoroso.

¿A qué intervención debe recurrirse en el caso particular de hemorragias? Marion, queriendo intentar darse cuenta del efecto de la ligadura, ha provocado en los perros algunas hemorragias estomacales, y de los experimentos realizados saca las siguientes deducciones:

1.° Es fácil contener una hemorragia, proceda de donde proceda.

2.° Puede contenerse, sea por una ligadura hecha á nivel de la ulceración por medio de la aguja de Reverdin, sea por la ligadura de la rama arterial que riega la región enferma.

3.° Esta interrupción de la circulación arterial en una región no ofrece inconveniente alguno desde el punto de vista de la vida de ésta.

4.° La ligadura de la arteria esplénica no produce tampoco trastornos tróficos en el bazo.

De estos experimentos deduce el mismo autor conclusiones operatorias en los siguientes términos resumidas:

Cuando el cirujano se encuentre en presencia de una hemorragia, practicará una incisión en la pared abdominal, sobre la línea media; después de haber sacado el estómago, se abrirá éste paralelamente á la gran corvadura y cerca de ésta se sostendrán los labios del estómago por medio de pinzas que los fijarán en los dos labios de la incisión cutánea transformando la abertura del estómago en un rombo. Luego con los dedos se empujará el estómago de fuera adentro de modo que se vayan presentando á nivel de los labios de la herida todos los puntos de su mucosa, con lo cual será posible, si no hay adherencias, descubrir el punto ulcerado de donde sale la sangre. Si se trata de un rezumamiento sanguíneo, bastará una sutura de la mucosa por medio de hilos que atraviesen también la musculosa, ó una aproximación de los bordes de la úlcera. En el caso de una arteria más voluminosa, si una ligadura hecha alrededor de la misma con la aguja de Reverdin no da resultado, será

preciso ligar cerca de su origen la arteria que riega aquella zona. Si se trata de la arteria coronaria estomática, líguese; pero no se recurra á la cauterización más que en los casos en que las suturas resultaran impotentes para contener la hemorragia. «No niego, añade Marion en su trabajo, que todas estas consideraciones sean teóricas, esquemáticas; pero en el momento de una intervención que no da tiempo para reflexionar ni para discutir, más vale disponer de datos teóricos que no contar con nada.»

2.° Adherencias estomacales

Reconocidas las más de las veces durante una intervención, las adherencias estomacales han podido, una vez destruídas, curar síntomas graves. Providenciales en caso de perforación, son las que se oponen á la inundación peritoneal en el momento de la ruptura de las paredes del estómago; su presencia puede determinar estancamientos extraparietales del yeyuno y acodamientos yuxtapilóricos del duodeno, en una palabra, una verdadera estrangulación por torsión durante la dilatación del estómago. ¿Es posible diagnosticarlas? El tumor que determinan ha sido casi siempre tomado por un cáncer. Algunos han aconsejado que se insufle el estómago (Angerer) para reconocer que en los casos de adherencias se dilata de un modo irregular, deformándose más ó menos. Este recurso ha permitido á Jaboulay formular en un caso el diagnóstico de adherencias. Éstas originan dolores, vómitos repetidos, fenómenos todos que pueden ser bastante graves para poner en peligro la vida del enfermo. En estos casos, se impone la operación quirúrgica que ha dado los mejores resultados. Un enfermo parecía tener una estenosis pilórica con vómitos incoercibles, hemianestesia y trastornos visuales: Terrier practicó la laparotomía y destruyó las adherencias, con lo cual desaparecieron los vómitos y se consiguió una curación definitiva (1).

Un enfermo tiene náuseas y vómitos con dolores en el epigastrio; Richelot diagnostica estenosis pilórica, practica una laparotomía en la línea mediana y encuentra el píloro blando y sano. El enfermo se cura y todos los accidentes desaparecen. Lo mismo sucede en una observación de Walther. En todos estos casos habíase creído que se trataba de un neoplasma, pero el feliz resultado conseguido gracias á una intervención, al fin y al cabo benigna, ha de inducir á operar desde el momento en que se suponga que se trata de adherencias cuya destrucción determinaría una curación pronta.

En resumen, la percepción de un tumor *acompañado de fenómenos*

(1) Bentejac. — *Thèse de Paris*, 1888.

graves cuya persistencia mueva á rechazar el diagnóstico de cáncer, pero pueda poner en verdadero peligro la vida del paciente, habrá de hacer sospechar la existencia de adherencias peri-estomacales; en este caso será formal la indicación operatoria. La benignidad de la intervención y su eficacia han de conducir á una intervención prematura; y en el caso de que ésta se practique equivocadamente, siempre servirá para aclarar el diagnóstico y se convertirá en una laparotomía exploradora, sin peligro en la mayoría de los casos y útil, porque permitirá intervenir en el caso de que se viera que el tumor epigástrico es de índole distinta de la que se había supuesto.

En una palabra, todo tumor epigástrico acompañado de fenómenos gástricos graves y persistentes, es indicación para una laparotomía más ó menos prematura que quizás determinará por sí sola una curación definitiva, merced á la destrucción de las adherencias. En once casos reunidos por Marion, no se encuentra uno solo de muerte y en todos se ha producido la curación operatoria. Los fenómenos funcionales ulteriores se han realizado siempre del mejor modo posible y la desaparición de los dolores y de los trastornos digestivos ha sido absoluta. Sólo en una observación de Terrier tardó seis meses en presentarse la mejoría. En un caso de Loreta hubo una recidiva y en el de Jaboulay un ligero grado de estenosis del píloro hizo necesaria una gastro-enterostomía. Ésta puede efectivamente ir asociada á la destrucción de las adherencias: el examen directo por la laparotomía ha de hacer juzgar de su oportunidad, lo cual, en este caso, es un motivo más de indicación quirúrgica. Esta indicación variará según la naturaleza de las lesiones puestas al descubierto por la incisión exploradora; si las adherencias son blandas y fácilmente separables, el cirujano se limitará á despegarlas, á dejar los órganos libres cuando se compruebe la existencia de paredes aún resistentes. En el caso en que éstas se hubieran adelgazado y hubiese peligro de perforación, se recurrirá á una plegadura de la pared y á una sutura superficial con rechazamiento de la pared alterada. Delagénière fué todavía más lejos, y en un caso muy complejo de úlcera del estómago que había producido la perforación del órgano y su adherencia al diafragma, separó con el órgano pegado una porción del diafragma adherente á nivel de la perforación, empujó hacia la cavidad del estómago la parte enferma y el músculo despegado, con objeto de procurar la digestión de los mismos, y luego cerró con tres planos de suturas los bordes de la invaginación. (En el enfermo de que se trata existía una bilocularidad del estómago que ofrecía una nueva indicación operatoria.) El estómago puede recobrar su forma y sus funciones naturales.

Este proceder podrá ser imitado, pero á menudo será necesario también recurrir á la resección pura y simple de la parte de estómago adelgazada. Marion, en el caso de adherencias muy anchas, aconseja que se las despegue y luego se las cauterice con el termocauterio muy ligera y superficialmente, á fin de no interesar demasiado profundamente la pared. Esta cauterización tendrá la ventaja de contener la hemorragia, que es con frecuencia considerable. «No sé, añade, si tratándose de adherencias tan extensas, sería preferible no destruir más que una parte de las mismas y practicar desde luego una gastroenterostomía.» Ésta suprime el papel activo del estómago y al mismo tiempo los trastornos gástricos debidos á las adherencias por causa de las cuales se realizaba la intervención.

B. — INDICACIONES FUNDADAS EN LOS SÍNTOMAS DEBIDOS AL ESTANCAMIENTO DEL CONTENIDO ESTOMACAL

1.° Estenosis estomacal

Si un fenómeno hay que pueda motivar una intervención quirúrgica, es indudablemente el de la estenosis. Una estrechez, una estrangulación constituyen un fenómeno de orden puramente mecánico, definitivamente constituído y contra el cual ninguna medicación puede luchar ventajosamente. Existe una barrera infranqueable é indestructible y es preciso salvarla por medio de un rodeo ó suprimirla: éste es el triunfo de la cirugía y no creemos necesario insistir sobre ello.

En su consecuencia, toda estenosis cicatricial del estómago, mediogástrica ó pilórica cae dentro de la esfera de la cirugía y únicamente de la cirugía.

Hay otra forma de estenosis pilórica, estenosis paroxística, caracterizada por crisis frecuentes, por dolores gastrálgicos y por inanición. Estos enfermos son hiperclorhídricos que difícilmente curan, dice Debove, y en ellos sobreviene la dilatación del estómago (Hayem), que equivocadamente ha sido descrita como de origen paralítico. «Estos estómagos, por dilatados que estén, se contraen, en efecto, con la mayor energía desde el momento en que pueden evacuar su contenido, sea bajo la influencia de una excitación eléctrica, sea por la simple presión de la mano.» (Doyen).

Propiamente hablando, no hay tal dilatación del estómago, denominación de la que se ha abusado sobradamente, sino simple *distensión gástrica*, mantenida por el espasmo, por la *contractura más ó menos permanente* (Alberto Robin).

Esta contractura desempeña un papel importante en la evolución grave de esta hiperclorhidria, en esa forma continua de hipersecreción ácida que se conoce con el nombre de «enfermedad de Reichmann» y en las formas de hiperestenia gástrica aguda que tan exactamente ha descrito Alberto Robin. Doyen ha insistido mucho sobre el gran papel que representa esta contractura del píloro. Desde el momento en que á nivel de un orificio natural contráctil se presenta una lesión ulcerosa, superficial ó profunda, ó una irritación, dicho orificio se contrae y del mismo modo que una fisura anal determina la contractura del esfínter, una úlcera del estómago, situada en las inmediaciones del píloro, y sobre todo á su nivel, es causa de que el orificio pilórico se cierre, á veces de un modo constante, pero casi siempre de una manera intermitente. De ahí los dolores, los vómitos y todos los síntomas que trae consigo un *estancamiento prolongado de los alimentos*. ¿Cabe esperar que se venza esta contracción con los recursos médicos? Preciso será intentarlo, pero desde el momento en que el estado general peligre ó en que la mejoría tarde demasiado en presentarse, habrá de recurrirse á la cirugía, porque, en la gran mayoría de los casos, á esta contractura funcional suceden efectivamente muy pronto un cierre permanente del píloro, una verdadera estrechez producida ora por cicatrización de la úlcera pilórica y retracción, ora por engrosamiento de las paredes.

Cuando el espasmo del píloro, al principio intermitente, se convierte en una contractura permanente; cuando el estómago dilatado á pesar de sus esfuerzos por vencer el obstáculo (agitación peristáltica en la cavidad epigástrica) no es más que un depósito sin salida en donde permanecen y fermentan los alimentos, cuando todos los medios médicos intentados para resolver esta contracción han resultado ineficaces, no hay que contar con el engañoso recurso de los enemas alimenticios, y la cirugía ha de entrar en juego: entonces se impone una *intervención operatoria* que permita al contenido gástrico pasar libremente al intestino.

La intervención operatoria ha dado en estos casos resultados milagrosos: ejemplo de ello, un enfermo de Alberto Robin que había llegado á los últimos límites de la caquexia, edematoso, ascítico, en quien se habían agotado todos los recursos de la terapéutica médica, casi abandonado, tanta era la gravedad de su estado y tan inútil parecía todo. Ese enfermo fué operado *in extremis* por Doyen, quien le practicó la gastro-enterostomía; dos años después volvió á verlo y lo encontró trabajando nuevamente de su oficio de albañil y con todo el aspecto de un hombre sano.

Sin embargo, muchas veces es difícil precisar las indicaciones de la

operación y saber con exactitud si hay ó no estenosis permanente del píloro. Es cierto que podrán servir para fundar el diagnóstico el grado de dilatación gástrica, la agitación peristáltica del estómago, los vómitos, el decaimiento del estado general, etc.; pero ninguno de estos síntomas ofrece uno de esos valores absolutos que imponen la convicción. Para llenar este vacío, Alberto Robin ha propuesto un síntoma que, aunque no es de determinación corriente, tiene, sin embargo, el valor de un síntoma patognomónico (1). He aquí en qué consiste.

Se determinará durante cuarenta y ocho horas el contenido en ázoe y principios minerales de los alimentos ingeridos y paralelamente se dosificarán, durante el mismo espacio de tiempo, el ázoe y los principios minerales de la orina y de las materias fecales. En caso de hiperestenia caquéctica sin estenosis pilórica, las materias fecales contienen de 10 á 15 por 100 del ázoe ingerido, ó bien 5'4 por 100 en estado normal; pero adicionando el ázoe y los principios minerales de las materias fecales, se encuentran, á poca diferencia, las cantidades introducidas por la alimentación. Por el contrario, cuando hay estenosis permanente del píloro, el déficit de ázoe y de minerales alcanza aproximadamente la proporción de 50 por 100 del ázoe y de los principios minerales ingeridos.

Podríase objetar la dificultad y la duración de estos análisis necesarios; pero en la práctica bastará pesar los ingesta y calcular, según las tablas de Kœnig, su contenido en ázoe y en principios minerales. En cuanto á la determinación de estos elementos en la orina y en las deyecciones, es sumamente sencilla y está al alcance de cualquier farmacéutico instruído.

Estas mismas investigaciones son aplicables á las estrecheces cicatriciales, y constituyen un excelente medio para saber si se trata realmente de un obstáculo existente en el trayecto que recorren los alimentos entre el estómago y el intestino. En caso de duda, no deberá, por consiguiente, descuidarse este medio de información.

En resumen, desde el momento en que un obstáculo espasmódico ó permanente, cicatricial y definitivo, dificulta el curso de las materias estomacales y determina un estancamiento prolongado de los alimentos, la indicación quirúrgica es formal: es preciso restablecer dicho curso.

La misma evidencia guiará al cirujano cuando se encontrará en presencia de una de las terminaciones de la úlcera del estómago, terminación poco conocida todavía: me refiero al *estómago en forma de zurrón*, al *estómago bilocular*.

(1) Alberto Robin.—*Bulletin de l'Académie de médecine*, 1897.

Existe entonces una verdadera estenosis del estómago, que es una estrechez fibrosa del mismo, y que como tal debe ser tratada y entrar, por ende, en la jurisdicción de la cirugía. — Los síntomas que permiten reconocerla son inconstantes, y únicamente Perret pretende (1) que es posible diagnosticarla en el enfermo. La estenosis del estómago presenta el mismo cuadro sintomático que la estenosis pilórica y por consiguiente las mismas indicaciones quirúrgicas.

Las intervenciones en caso de estómago en forma de zurrón son todavía pocas en número. La primera ha sido practicada en 1889 por Wahl y la segunda por Bramann, ambas sin éxito. El primer resultado satisfactorio se debió á Krukenberg (1892), después de un diagnóstico formulado antes de la intervención. En 1893, Doyen inventa su procedimiento de gastroplastia para un caso que se cura, y siguen los casos de Wœlfler, von Eiselberg, Hofmeister, Jaboulay, etc. Marion puede reunir en su tesis doce observaciones, diez de ellas con operación: sólo en un caso hubo defunción; en los otros nueve, logróse un resultado operatorio y funcional excelente. *El estómago en forma de zurrón es de la competencia de la intervención quirúrgica y sólo de ella;* es decir, que cuando se presentan fenómenos de estenosis estomacal y es permitido sospechar la existencia de un estómago bilocular, hácese preciso recurrir sin tardanza á la cirugía.

Toda estenosis pilórica ó medio-gástrica entra en los dominios de la intervención quirúrgica. — Suprimir el estancamiento del contenido gástrico, tal es el fin propuesto, que puede alcanzarse, ya sea obrando sobre la estenosis, ya creando una vía indirecta que permita el paso directo del estómago al intestino.

A. — PROCEDIMIENTOS QUE OBRAN SOBRE LA MISMA ESTENOSIS (2)

1.° *Dilatación de la estrechez.* — Para los casos de estrecheces fibrosas, cicatriciales, del píloro, se ha aconsejado la dilatación digital del píloro, operación inventada por Loreta, que parecía llamada á una larga serie de éxitos, sobre todo cuando podía esperarse practicarla sin abrir el estómago. Pero los casos de muerte han sido numerosos, y esta intervención, en apariencia benigna, tiende de día en día á desaparecer. La estadística formada por Barton presenta una mortalidad de 40 por 100 (10 defunciones en 25 casos); la de Mintz arroja 39 por 100.

Las defunciones señaladas son debidas á la hemorragia resultante del

(1) PERRET.—*Thèse deLyon*, 1896.

(2) Para este capítulo tomamos muchos datos de la tesis tan exacta y completa de MARION (*Thèse de Paris*, 1897).

desgarro de una arteria de las paredes, á la peritonitis provocada por una fisura de las paredes fibrosas de la estrechez. En ambos casos, seguidos de curación, la estrechez se reprodujo al poco tiempo: en uno de los enfermos hubo de repetirse la gastro-enterostomía y el otro sucumbió á los once meses.

Esta recidiva de la estrechez parece natural é inevitable. ¿Qué razón hay para que la estrechez fibrosa del píloro escape á las leyes que rigen en todas las estrecheces fibrosas del esófago, del recto, de la uretra, y para que ceda á una sola dilatación brusca? Tal vez *teóricamente* podría esperarse que la contractura del píloro desapareciera con una sola dilatación, como la contractura en la fisura del ano. «Pero esto no es más que una hipótesis, pues este modo de intervención no se ha practicado nunca, que yo sepa, en el caso en cuestión.» (Marion).

En las estenosis medio-gástricas, no puede aconsejarse la dilatación, que sería impracticable.

En resumen, la dilatación pilórica de Loreta, que es peligrosa, no permite esperar un resultado satisfactorio y ha sido abandonada por todos los cirujanos.

2.° *Pilorectomía.—Gastrectomía.*—La pilorectomía, la resección total ó parcial de la estenosis pilórica, es la operación ideal que desde un principio ha seducido á los cirujanos. La supresión del obstáculo con el restablecimiento normal del curso de los alimentos, parecía ser el fin que debía perseguirse, puesto que el enfermo conservaba, después de la intervención, la función estomacal en toda su integridad. Desgraciadamente, varias circunstancias hacen aleatoria la ejecución de este programa maravilloso. Sólo á costa de una operación laboriosa, larga y peligrosa se puede separar el estómago del duodeno y reunir luego éste, de pequeño calibre, con aquél, de grandes dimensiones. Es preciso para ello multiplicar los puntos de sutura y por ende aumentar las probabilidades de rupturas ó fisuras siempre mortales.

De 52 observaciones de estenosis consecutiva á úlceras recogidas por Marion (1897), 19 fueron operadas por la pilorectomía, habiendo resultado 11 defunciones y 8 curaciones, ó sea 57'9 por 100 de casos de muerte. Estas defunciones se debieron al colapso que las operaciones largas producen en los individuos ya debilitados ó á la peritonitis originada por el paso de las materias estomacales á través de las suturas. Billroth tuvo 4 muertos en 5 intervenciones; de suerte que la falta de habilidad quirúrgica para nada influye en la mortalidad de la pilorectomía.

«Y menos mal, añade Marion, si el resultado definitivo fuere siempre satisfactorio; pero en las ocho curaciones se encuentra un caso de

van Kleef en el cual la curación ha sido incompleta y han persistido los trastornos digestivos. Quizás había alguna otra lesión del estómago; pero también podría ser que hubiese habido oclusión del mismo orificio, como en un caso de Czerny en que la muerte sobrevino á los ocho meses, habiendo permitido la autopsia comprobar la existencia de una retracción cicatricial del duodeno. *Si no se pudiera ofrecer á los enfermos algo mejor, podría intentarse el perfeccionamiento* de la técnica acortando el tiempo de la operación; pero este algo mejor existe, y por consiguiente, *ha de dejarse á un lado la pilorectomía en los casos de estenosis cicatricial del píloro.*»

La gastrectomía podría considerarse posible en la estenosis mediogástrica, pero no creo que haya sido practicada. Se han hecho resecciones extensas, casi totales del estómago en ciertos neoplasmas, *in extremis*, en cierto modo; pero no se han intentado en una afección que puede curarse de una manera definitiva si se remedian los trastornos funcionales que determina. La gastrectomía, más aún que la pilorectomía, debe ser rechazada en los casos de estenosis cicatricial del estómago, y sólo debe hacerse mención de ella para señalar su inutilidad y el peligro que entraña.

3.° *Píloroplastia.—Gastroplastia.*—La píloroplastia consiste en seccionar la estrechez paralelamente á su eje y en reunir los labios de la incisión de modo que, resultando perpendiculares al conducto mismo, éste se encuentre, gracias á ello, ensanchado en una cantidad proporcional á la longitud de la incisión: esta operación debe reservarse únicamente para las estenosis cicatriciales ó espasmódicas, pues sería peligrosa en toda estrechez neoplásica, ya que entonces obraría sobre los tejidos, invadidos también, en los cuales por esta razón no podrían ser eficaces las suturas.

De suerte que sólo en los casos en que el diagnóstico es perfectamente seguro puede pensarse en recurrir á la píloroplastia.

Siempre que haya dudas, debe prescindirse de esta operación, y sabido es que los operadores más acostumbrados á ver y manejar los engrosamientos estenosantes del píloro han vacilado á menudo acerca de la índole de la afección que habían de tratar, aun teniendo el tumor entre las manos.

¿Debe practicarse la píloroplastia cuando se tiene por evidente el diagnóstico?

Esta operación ha sido particularmente ejecutada por Carle (12 casos) y por Novaro (11 casos) quienes presentan una estadística con una mortalidad de 18 por 100 (10 éxitos desgraciados en 53 casos). Doyen, comentando estas estadísticas, denuncia 5 fracasos en 32 píloroplastias, ó sea un 15'6 por 100; en los 22 casos de Carle y Novaro hubo dos defuncio-

nes, y esto que estas estadísticas son las más favorables. Marion, en las 52 observaciones que ha reunido, ha encontrado 13 píloroplastias con 3 muertes operatorias, ó sea un 25 por 100. Una estadística de Kochler, que comprende 15 casos, acusa una mortalidad de 26'6 por 100, y en una estadística general de 41 píloroplastias, aparecen 8 defunciones, es decir, un 19'5 por 100.

Tales son las cifras, que resultan relativamente elevadas para una operación «que se presenta como inofensiva» (Doyen). Pero la píloroplastia, si bien relativamente poco grave, dista mucho de ser constantemente eficaz, pues á pesar de ella la estenosis se reproduce, continuando su evolución, y después de la intervención, el tejido cicatricial que ha de formar la pared misma del nuevo píloro, sigue contrayéndose y la estrechez se reproduce rápidamente. De las 41 operaciones citadas por Marion, la estenosis ha reaparecido en 4, y en 3 los cirujanos han tenido que intervenir de nuevo. Doyen, en un caso, ha practicado la gastro-enterostomía que curó definitivamente al enfermo. «Ha habido reproducción en un enfermo de Dreydorff. Gross ha tenido que practicar una gastro-enterostomía en un enfermo á quien Rohmer había hecho una píloroplastia. Finalmente, en el enfermo de Bond, se reprodujo la estenosis y el paciente murió de caquexia... De todo ello se deduce que, en 12 casos sobre 41, la píloroplastia produce resultados deplorables, bien porque ocasione la muerte, bien porque necesite ulteriormente otra operación. *En su consecuencia, en el 29 por 100 de los casos, la píloroplastia es una mala operación.*» (Marion).

Doyen, sin embargo, la defiende en ciertos casos especiales en los que, dice, resulta ser «la operación preferible.» Cuando la contractura del píloro esté complicada, no con una dilatación sino con una intolerancia gástrica (vómitos incoercibles del embarazo ó del histerismo), la píloroplastia obrará suprimiendo el espasmo del píloro, del mismo modo que la sección muscular ó la dilatación forzada obran sobre otros esfínteres contracturados: en este caso, la incisión longitudinal del píloro debe reducirse á una longitud de 15 á 20 milímetros para evitar la formación de los depósitos sin salida y de los repliegues valvulares. Y aún sería en tales casos posible reducir la intervención á una operación absolutamente inofensiva, esto es, á la sección del esfínter sin incisión de la mucosa, es decir, sin abertura del estómago (Doyen).

Esta operación nueva de la píloroplastia en los vómitos incoercibles no sabemos que haya sido practicada; pero teóricamente podría ser lógico intentarla *en los casos graves*.

Si en los casos de estenosis pilórica deben ser rechazadas las inter-

venciones que obran sobre la estrechez, no sucede lo mismo cuando se trata de la estenosis mediogástrica. La gastroplastia, inventada y ejecutada por Krukenberg (1892) y por Doyen (1893) ha sido practicada cinco veces: consiste en practicar una incisión en la estrechez en sentido perpendicular á la dirección de ésta, y en suturar los labios de la incisión perpendicularmente á su dirección.

Las cinco operaciones publicadas fueron seguidas de cinco éxitos operatorios y funcionales. La gastroplastia no tiene más contraindicación que la extensión del tejido cicatricial que obligaría á practicar una incisión muy larga, á fin de evitar las suturas en un tejido que se corta fácilmente y que está poco dispuesto para una cicatrización rápida.

Marion ha calculado la longitud que debe darse á la incisión en la gastroplastia: ha de ser igual al doble del ancho de la estrechez, á la cual se añadirá una vez la longitud para una estrechez de 5 centímetros; dos, para una de 4 centímetros; tres, para una de 3 centímetros; y seis, para una de 2 centímetros.

Cuando se trate de estrecheces cuya longitud sea superior á 5 centímetros, valdrá más hacer las cosas en grande escala: y siempre estará indicada una incisión de 10 centímetros, teniendo en cuenta que cuanto más ancho sea el nuevo canal, tanto mejor.

«Repetiremos, dice Marion, que á menos de un estómago muy dilatado, en cuyo caso no habría inconveniente en disminuir sus dimensiones, cuando se trate de una estenosis muy apretada, la píloroplastia habrá de ceder su puesto á la gastro-anastomosis.»

Esta, que debe ser incluída en el grupo de las operaciones destinadas á restablecer el curso de los alimentos por una vía artificial, consiste en la sutura por dos aberturas que miren á las dos bolsas del estómago biocular. La gastro-anastomosis, inventada por Wœlfler, ha sido practicada cinco veces y ha ocasionado una defunción; de modo que su gravedad no es mayor que la de la gastroplastia. Además, no es más difícil que ésta y según parece su eficacia es la misma, teniendo sobre la gastroplastia la ventaja de que puede practicarse en todos los casos de estómago biocular. Las suturas pueden situarse en los tejidos no engrosados ni infiltrados y están poco expuestas á una rotura, siempre temible.

Tal es la única superioridad de la gastro-anastomosis, que bajo los demás conceptos puede ser colocada en la misma categoría que la píloroplastia.

B. — PROCEDIMIENTOS QUE TIENEN POR OBJETO RESTABLECER LA CIRCULACIÓN GASTRO-INTESTINAL (1)

La gastro-enterostomía crea una vía directa para el paso del estómago al intestino, y consiste en suturar aquél á éste por los labios de una incisión practicada en uno y otro. La posición vertical del estómago, sea dilatado ó no, acerca de la cual Doyen ha insistido tan extensamente y con tanta razón, favorece la evacuación constante del contenido estomacal en el intestino y asegura el curso de los alimentos. Era de temer, y ésta es la objeción que se ha opuesto á la gastro-anastomosis, que la abertura permanente del estómago suprimiera completamente la acción de éste y la digestión estomacal; pero esta eventualidad es puramente teórica y todos los casos, en extremo numerosos, de gastro-enterostomía han demostrado que esta supresión no constituye el más pequeño inconveniente desde el punto de vista de la nutrición del individuo.

¿En qué sitio debe practicarse la gastro-enterostomía? Sucesivamente se han escogido la cara posterior y la anterior del estómago, considerando que respondían mejor á la parte declive del órgano y que, por ende, facilitaban la evacuación del contenido estomacal. Con el mismo objeto se han indicado los numerosos procedimientos conocidos de gastro-enterostomía trans-meso-cólica. Pero la anastomosis mejor es, según aconsejan Terrier y la mayoría de los cirujanos, la de más fácil ejecución, y la cara anterior del estómago es la que se presenta como más favorable. Las mismas discusiones ha habido á propósito del punto del intestino que había de escogerse para ponerlo en comunicación con el estómago: temíase el reflujo de las materias fecales en el estómago, *circulus vitiosus*, y la llegada de la bilis, y se dispuso el yeyuno de derecha á izquierda ó de izquierda á derecha á lo largo de la gran corvadura, ó se practicó el cruzamiento del asa yeyunal á fin de que los movimientos peristálticos del intestino se dirigieran de izquierda á derecha. Jaboulay propuso que se practicara, después de la gastro-enterostomía anterior, una yeyuno-yeyunostomía y en otros casos una gastro-yeyunostomía. Después se propusieron las anastomosis terminales del intestino con anastomosis yeyuno-yeyunal. La mayoría de estas operaciones no son más que ensayos de laboratorio; algunas de ellas, sin embargo, han sido ejecutadas por sus propios autores, que luego las han abandonado. En la actualidad, todos los cirujanos parecen haber adoptado el procedimiento más sencillo, limitándose á practicar la anastomosis del yeyuno con la cara anterior del estómago sin preocuparse

(1) DOYEN. — *Traité de chirurgie de l'estomac.* — CHAPUT. — *Manuel opératoire pour l'estomac et l'intestin.*

de las complicaciones operatorias que los primeros autores acumulaban en sus métodos. Doyen dispone el asa yeyunal de manera que describa, á partir del ligamento de Treitz, un anillo dirigido hacia arriba y á la derecha, de modo que el contenido del estómago penetre en ella siguiendo la dirección normal del curso de las materias estomacales, y sutura luego la cara posterior del estómago.

Todos los cirujanos recurrieron á las suturas y á la abertura inmediata del estómago y del intestino, hasta que, en 1896, Souligoux dió á conocer un procedimiento que permitía hacer la anastomosis sin abrir el intestino ni el estómago: esta abertura se verifica secundaria y espontáneamente al día siguiente ó á los dos días de la intervención. El procedimiento de Souligoux, basado en la resistencia que opone la serosa al aplastamiento, consiste en reducir por medio de una presión muy fuerte las paredes del estómago y del intestino, que deben ser escarificadas, á excepción únicamente de la serosa: esta serosa se toca por ambas partes con potasa cáustica y alrededor del punto escarificado se practican los puntos de sutura. Cuando la escara se desprende, las adherencias aparecen sólidas y la comunicación gastro-intestinal se realiza sin que haya habido riesgo de contaminación peritoneal.

Merced á todas estas modificaciones, la gastro-enterostomía llega á ser una operación benigna cuando se practica en un individuo no extenuado ni anémico: además, se ejecuta con rapidez, y los peligros de la conmoción, por consiguiente, disminuyen.

En 21 casos de gastro-enterostomía recogidos por Marion, 2 de ellos después de operaciones de píloroplastia y de dilatación, sólo hubo 3 defunciones, ó sea un 19 por 100, y en ninguno se reprodujeron ulteriormente los accidentes de estenosis, habiendo vuelto los enfermos á un estado general satisfactorio. Los dolores cesaron, el peso aumentó rápidamente y las fuerzas se restablecieron, pudiendo decirse que á la gastro-enterostomía se deben verdaderas resurrecciones.

También puede estar indicada la gastro-enterostomía en aquellos casos de estómago bilocular en los cuales la extensión de los tejidos cicatriciales no permite recurrir á la gastro-anastomosis.

Esta benignidad operatoria en la actualidad conseguida debe hacer que la gastro-enterostomía se aplique con mayor frecuencia, porque es la operación mejor para todos los casos en que se sospeche la existencia de una estenosis pilórica. Sus resultados funcionales son perfectos y practicándola más tempranamente de lo que hasta ahora se ha hecho se evitarán á muchos enfermos algunos años de sufrimientos.

2.° Indicaciones operatorias en la úlcera del estómago, no complicada

La cirugía no ha limitado su acción á las complicaciones sino que se ha dirigido contra la afección misma, pudiéndose desde ahora considerar como posible su eficacia en los casos de úlceras simples del estómago.

La gravedad de la úlcera del estómago, los riesgos de complicaciones fulminantes á que está expuesto el enfermo que la padece, la existencia intolerable que crea á los que de ella sufren, han sido causa de que se buscara en la intervención quirúrgica una curación que la terapéutica médica no puede, en muchos casos, obtener. Doyen, en su libro, sostiene, con un convencimiento fundado en hechos, la eficacia del tratamiento quirúrgico y la necesidad de recurrir á él. Lambotte, en un artículo de *La Clinique,* traza un cuadro conmovedor de la existencia de los desgraciados que padecen de úlcera y propone atrevidamente la curación radical de ésta. Marion, en el notable trabajo de donde tanto hemos tomado, sostiene la intervención quirúrgica, y Follet dice, en un artículo recientemente publicado: «A la verdad consideramos menos censurables que estas contemporizaciones y tergiversaciones peligrosas, las intervenciones practicadas de un modo demasiado prematuro, y si es preciso elegir, para hacer una operación, entre un poco demasiado pronto ó un poco demasiado tarde, creemos mejor lo primero.»

En resumen, la gravedad de la úlcera, la mortalidad general (8 por 100 según Lebert, 5 por 100 según Brinton), la imposibilidad en que se encuentran los enfermos de ganarse la subsistencia teniendo que curarse una úlcera del estómago, todo habla en favor de las tentativas quirúrgicas.

Éstas se han realizado y los resultados han sido buenos. La mortalidad debida á la intervención, á la gastro-enterostomía, es menor que la producida por la afección abandonada á sí misma. ¿Por qué negar á los pacientes los beneficios de una intervención que les libra para siempre de su afección cruel?

¿Qué objeciones, qué discusiones ha suscitado esta intervención? M. Marion las examina:

1.° Tienden algunos á considerar la úlcera no como una afección idiopática sino como una lesión enlazada con una enfermedad general del estómago, la hipersecreción. En estas condiciones ¿no es irracional acometer una operación que no suprime la hipersecreción desde luego?

2.° ¿Es eficaz la intervención?

3.° ¿No es la operación más grave que la misma úlcera?

La hiperacidez, la hipersecreción del jugo va asociada, en la mayoría de los casos, con la úlcera del estómago, y esta misma hipersecreción es una causa de agravación, de extensión de la úlcera, es el origen de la misma (Pavy). Lambotte añade: «Es regla general la de que la excitación dolorosa de los filamentos sensitivos de una mucosa produce una secreción exagerada de las glándulas de ésta. El estómago no reacciona de una manera diferente.» En un enfermo á quien se practicó la resección de la úlcera, la cantidad de ClH, que era de 3'70 á 4'10 por 100 antes de la operación, quedó reducida, después de ésta, á 1'9 por 100 (Lambotte). Igual disminución se observó en un enfermo de Kuster.

A esta causa de hipersecreción se agrega el espasmo pilórico (Doyen), que motiva el estancamiento del líquido hiperácido, creándose un círculo vicioso que agrava constantemente la lesión del estómago y favorece la extensión de la úlcera. Siendo esto así, ¿qué mejor tratamiento puede oponerse que la gastro-enterostomía, es decir, un orificio ancho de salida para el líquido segregado y por ende la supresión de la hipersecreción, y quizás también del espasmo del píloro, que se encuentra desposeído de sus funciones y librado de todo irritante fisiológico?

«Según Alberto Robin, la contractura del píloro es la causa principal de los sufrimientos de los hiperclorhídricos, derivando asimismo de ella la dilatación del estómago. Durante las crisis de los hiperclorhídricos el citado autor ha llegado á percibir, mediante una palpación profunda, el píloro duro y contraído. Después de una presión enérgica de 5 á 10 minutos, el esfínter se aflojaba y un alivio casi inmediato seguía á la evacuación del estómago.

»La estrechez espasmódica desaparece con la afección estomacal, pero mientras subsiste presenta todos los síntomas de la estenosis pilórica.» — En resumen, en la úlcera del estómago encontramos todas las indicaciones para la intervención quirúrgica: hipersecreción estomacal, estancamiento del contenido del estómago, estenosis intermitente ó permanente del píloro, fenómenos todos que perpetúan en cierto modo la duración de la úlcera, y que caen bajo la jurisdicción de una intervención benigna relativamente, si se tienen en cuenta las graves complicaciones que de continuo amenazan á los que padecen de úlcera.

En estas últimas líneas está la respuesta á la tercera de las preguntas, que también Marión resuelve afirmativamente: ¿es la úlcera más grave que la gastro-enterostomía?

¿Es eficaz esta operación? Los resultados obtenidos en la úlcera del estómago ¿deberán inducir al médico á hacer intervenir al cirujano en los casos de úlceras antiguas del estómago?

Ciertas úlceras han sido operadas sin razón alguna (Kuster, Doyen, Lambotte); otras, en mucho mayor número, lo han sido para remediar graves accidentes de estenosis ó hemorragias más ó menos graves (pero quien puede lo más puede lo menos). Pues bien, en todos los casos, los resultados han sido maravillosos, y en los más desesperados se realizó un verdadero efecto teatral, presentándose en todas las sesiones de las sociedades científicas enfermos resucitados después de haber sido sometidos á una gastro-enterostomía.

¿Son permanentes estos resultados maravillosos? ¿se reproducen, por el contrario, los accidentes? Hay enfermos operados hace tres ó cuatro años, que los operadores siguen observando atentamente y cuyo estado general continúa siendo excelente.

Un último argumento aboga por la intervención. La úlcera del estómago no es eternamente una úlcera del estómago sino que andando el tiempo se transforma, no siendo á menudo más que una primera fase del cáncer estomacal. «La úlcera simple del estómago degenera frecuentemente en cáncer, especialmente en los individuos predispuestos por herencia. La transformación se realiza estando la úlcera en vías de evolución ó sobre la cicatriz de una úlcera curada. El epitelioma metatípico es la variedad más común. Esta asociación morbosa puede traducirse clínicamente por la asociación ó por la sucesión de los síntomas de la úlcera y del cáncer. Generalmente es fácil determinar los síntomas de la úlcera; la determinación de los del cáncer es más difícil. La cancerización de la úlcera estomacal y de su cicatriz guarda cierta analogía con la cancerización de las cicatrices vivas ó extintas que pueden existir en otras regiones.» (Dieulafoy). Conviene, pues, no perder tiempo. Defontaine ha dicho muy acertadamente: «Operando dispepsias graves es como se encuentran cánceres inesperados: es inútil dejar que la dispepsia llegue á revestir gravedad.»

Es evidente que no todos los dispépticos deben ser operados; pero importa juzgar las cosas serenamente y no esperar, por miedo á una intervención benigna, una época en que la naturaleza de la afección hará que sea paliativa ó impotente una intervención quirúrgica que habría sido curativa y radical.

Resumiendo, diremos, pues, con Marion: «creo indicada la intervención siempre que una úlcera sometida á un régimen bien entendido y bien practicado, no se mejore notablemente en un espacio de seis meses; está indicada cuando la úlcera con su recidiva demuestra que ha de ser rebelde al tratamiento, y con mayor razón cuando se trata de úlceras que datan de muchos años y que mejoran sólo pasajeramente, ó no mejoran, con los tratamientos variados á que hayan sido sometidas. Estas indicaciones son

más formales todavía cuando se trata de un enfermo obligado á trabajar é imposibilitado, por ende, para someterse á una medicación rigurosa y larga.»

¿Cuál es la intervención preferible? Doyen fué el primero que en 1893 hizo resueltamente las primeras operaciones en casos de úlcera del estómago. Lambotte practicó tres resecciones con el mismo objeto. Los demás casos de intervención lo han sido para remediar complicaciones, sin diagnóstico fijamente formulado, ó accidentes debidos á la estenosis. Marion pudo reunir 11 casos entre los cuales hay uno seguido de defunción: salvo éste, todos los demás han dado resultados excelentes. Las 10 curaciones se distribuyen del modo siguiente: 5 resecciones y 5 gastro-enterostomías. En vista de esto, parecía difícil elegir entre ambos métodos; sin embargo, la resección de la úlcera puede presentarse en condiciones especialmente difíciles por razón del sitio, de la extensión misma de la úlcera, del sitio de ésta, que puede obligar á una exploración peligrosa y prolongada después de haber incindido el estómago, al paso que la gastro-enterostomía puede aplicarse á todos los casos y ofrecer, gracias al procedimiento de Souligoux, el mínimum de gravedad.

En cuanto á la eficacia de los dos procedimientos, es idéntica en ambos. La gastro-enterostomía, que, según antes hemos dicho, remedia el estancamiento del contenido del estómago y la contractura del píloro, disminuye la hipersecreción refleja del jugo gástrico que agrava la úlcera y prolonga su presencia.

En su consecuencia, creemos con Doyen que, salvo los casos de cáncer:

«*La gastro-enterostomía es el remedio infalible de todas las enfermedades incurables del estómago que dependen del espasmo pilórico,*» y dejamos que el porvenir nos enseñe si debemos añadir con el citado autor: «lo mismo si se trata de un caso sencillo de hiperclorhidria rebelde que de una gastritis alcohólica inveterada.»

IV

Indicaciones y resultados de la intervención quirúrgica en las afecciones neoplásicas del estómago

Las indicaciones operatorias pueden variar según la naturaleza de neoplasma. En este sentido debe entenderse la posibilidad de la ablación aislada de ciertos tumores benignos, que puede hacer esperar una curación definitiva sin recidiva.

A. — NEOPLASMAS BENIGNOS

El diagnóstico de estos neoplasmas benignos sólo puede formularse después de una laparotomía que permita al cirujano ver el tumor y reconocer sus conexiones. Cuando un cirujano se ha encontrado por excepción con uno de esos tumores, ha sido siempre después de haberse dejado guiar por los síntomas clínicos, que las más de las veces le han hecho diagnosticar equivocadamente un tumor canceroso del estómago. De aquí que, en este caso, las indicaciones operatorias sean las mismas que las que encontramos en los casos de neoplasmas malignos.

Únicamente varían el modo de operar y sobre todo el pronóstico.

El tumor reconocido como benigno no está sujeto á recidivas. A menudo es posible extirparlo sin exponer al enfermo á grandes peligros inmediatos, estando absolutamente indicada una simple enucleación del tumor. En 1870, Czerny citaba en Berlín un caso de esta naturaleza, que le dió ocasión para estudiar esos tumores análogos á los sarcomas, generalmente submucosos y sin adherencias con las túnicas del estómago. No se encuentra infiltración ni invasión de toda la pared, y el tumor parece aislado en el espesor de la pared estomacal y movible como el adenoma del seno en la mama.

En estos casos, desgraciadamente raros, basta incindir la serosa, y luego separar el tumor de los tejidos inmediatos: el tumor se aisla y, separado de la cavidad estomacal por la mucosa intacta, podrá hacerse una sutura sin haber tenido necesidad de abrir la cavidad del estómago y por ende sin exponer al enfermo á graves complicaciones.

Estos tumores son raros, pero han de ser operados en cuanto se sospeche su existencia: el operador podrá y deberá contentarse con enuclearlos cuando la laparotomía demuestre su índole benigna y su limitación al grueso de la pared estomacal.

B. — NEOPLASMAS MALIGNOS. — CÁNCER DEL ESTÓMAGO

Las primeras tentativas quirúrgicas en las enfermedades del estómago se han hecho contra el cáncer, y si se ha tardado tanto en aceptar la intervención del cirujano en la terapéutica de las afecciones estomacales, débese precisamente á esto, es decir, á haber querido alcanzar un objetivo demasiado elevado, radical é inaccesible. Todos los cirujanos habían tomado como punto de mira la ablación del cáncer por una resección completa de la región enferma y una ablación extensa de los tejidos invadidos.

La mortalidad fué en un principio espantosa y enfrió á los más entusiastas; las recidivas aparecían rápidamente y hacían vanas las tentativas más atrevidas y por ende más precarias. La cirugía del estómago no fué admitida cuando fué simplemente paliativa.

1.° Ablación del tumor

A. — PILORECTOMÍA

El ideal que consiste en la ablación amplia del cáncer del estómago, sólo puede ser alcanzado excepcionalmente. Cuando la afección del estómago se revela por síntomas que permiten sospechar su existencia, la invasión de las paredes estomacales ya es extensa y no admite la ablación completa. Los síntomas que inducen al paciente á solicitar una intervención quirúrgica dependen de tres causas bien definidas: del obstáculo que la infiltración pilórica opone al paso de los alimentos del estómago al duodeno, ora derive del volumen del tumor, ora del espasmo que lo acompaña; de la inanición, que resulta de la falta de digestión intestinal y de la expulsión de los alimentos por los vómitos constantes y abundantes, y de la infección peritoneal por la generalización neoplásica. Estos tres elementos, que por su duración hacen inevitablemente mortal el cáncer del estómago, son los que primeramente indican al cirujano la existencia del cáncer estomacal. Pues bien, cuando se manifiesta uno de estos tres síntomas capitales, el tumor es ya considerable, una gran parte del estómago hállase infiltrada y el estado general está demasiado quebrantado para soportar una intervención amplia, única que podría hacer concebir la esperanza de una curación definitiva. Debemos añadir que, en este período, la neoplasia ha pasado del estómago; los linfáticos han transportado elementos cancerosos, y varios ganglios pequeños, y á veces también grandes, han sido invadidos y serán origen de recidivas tan inevitables como rápidas.

La pilorectomía debía, al parecer, satisfacer por completo á los cirujanos que aspiraban á saciar su sed de ideal, puesto que desembarazando á los enfermos de su tumor, podía creerse lograda la curación definitiva sin recidiva inevitable.

Se ha encontrado una indicación de la pilorectomía en la dificultad misma del diagnóstico formulado por el cirujano durante la laparotomía, creyéndose que vale más extirpar un cáncer inoperable que dejar en el vientre del enfermo una superficie atacada por un tumor benigno ó por una induración inflamatoria, consecutiva á una úlcera del estómago, por ejemplo.

El razonamiento es, en realidad, especioso para los que opinan que la ablación de todo cáncer es una ley general, una regla de conducta inevitable; pero cae por su base teniendo en cuenta que estas induraciones, estas inflamaciones prolongadas, la misma úlcera del estómago, no exigen la resección (pilorectomía, gastrectomía) y que el tratamiento paliativo puede producir, con mucho menos trabajo, la curación no sólo de los síntomas graves sino también de la misma lesión.

La pilorectomía, por consiguiente, resulta útil por muy poco tiempo en los casos de cáncer del píloro; es inútil cuando se trata de una lesión de índole benigna y es, además, peligrosa siempre.

Si se examinan las estadísticas presentadas, se observará que el tanto por ciento de mortalidad ofrece en ellas grandes variaciones. Guinard, en un total de 149 casos publicados, ha encontrado 85 de muerte á los cuatro días de practicada la intervención (57'71 por 100). Czerny ha hecho, desde 1881 á 1887, ocho resecciones del píloro con sólo tres defunciones (37'50 por 100). Lauenstein, en nueve intervenciones, ha tenido cinco muertos. — Causa asombro ver que algunos cirujanos han llevado su temeridad hasta acometer resecciones tan grandes como la citada por Fischer. Tratábase de un cáncer que ocupaba toda la pared anterior del estómago y que, á consecuencia de adherencias íntimas, aparecía fijado al ombligo y soldado al colon perforado, interesando, además, el hígado. Guinard, que cita este caso, dice con razón: «Sorprende ver á un cirujano practicar una gastrectomía en semejantes condiciones, resecar la fístula cólica, fijar los extremos del colon en la pared abdominal é introducir el duodeno en un cilindro formado por la pared posterior del estómago, replegada sobre sí misma.»

Este caso puede ponerse al lado del que Schwartz tuvo ocasión de ver operar en Viena (Austria), y que Guinard refiere en los siguientes términos: «El tumor parecía operable; Albert practicó una incisión transversal y, al verificar la exploración directa, vió que el tumor estaba adherido á la cabeza del páncreas. A punto estuvo de cerrar nuevamente el abdomen; pero se contentó con abocar el duodeno seccionado al ángulo inferior de la herida, atravesando el estómago con una aguja que lo fijaba, aplicándole una ligadura por encima del tumor y fijándolo en el ángulo superior de la herida abdominal. Estas manipulaciones tuvieron el resultado que es de suponer.»

Péan, Doyen, Billroth, Angerer, Woelfler, Salzel y Eiselberg practican estas atrevidas pilorectomías y gastrectomías: cualquiera que haya sido la extensión de los tejidos resecados, la recidiva ha sido siempre fatal. Billroth, citado por Guinard, era aficionado á repetir á este propó-

sito la divisa de su maestro Langenbeck: *Nunquam retrorsum.* Pero hay que saber si es realmente marchar hacia adelante el practicar la pilorectomía siempre que es posible, y con mayor razón cuando es imposible (basta citar también el caso en que se hizo la resección de más de dos terceras partes del estómago). Estas grandes gastrectomías pueden ser compatibles con la vida ulterior, pero la necesidad misma que ha obligado á practicarlas ¡qué grado de infección cancerosa indican! ¡qué extensión del neoplasma y cuántas infiltraciones latentes y propagaciones ganglionares inatacables hacen temer!—«La indicación ha de esperar, dice Ewald, á que se perciba un tumor por la palpación del epigastrio; pero las más de las veces este signo se presenta muy tardiamente, y aunque el tumor parezca pequeño y pediculado, casi siempre se encuentra el cirujano en presencia de una masa epiteliomatosa que infiltra el estómago, el páncreas, el hígado... No hay, pues, que hacerse ilusiones; antes de haber abierto el vientre, es imposible saber si se podrá practicar una operación radical.»

La dificultad operatoria puede explicar la rápida mortalidad en la pilorectomía y en la gastrectomía: el duodeno resecado debe ser unido al estómago cortado transversalmente; el pequeño calibre del intestino ha de adaptarse al diámetro ancho del estómago resecado, y es preciso multiplicar los puntos de sutura, aumentando en proporción con el número de éstos las probabilidades de una rotura. La operación se hace larga, excesivamente larga, y como el estado general del enfermo es ya deplorable, raras veces el paciente puede resistir á los peligros del choque operatorio. Desde Verneuil, sábese cuán frágil es la existencia de los «cancerosos por las vísceras,» y no ha de sorprender la mortalidad enorme de la pilorectomía y sobre todo de la gastrectomía. Aun después de haber vencido el choque operatorio, los enfermos han de atravesar todos los malos días que siguen inmediatamente á la operación y durante los cuales están expuestos á que, rompiéndose alguno de los puntos de sutura, tan numerosos y tan difícilmente situados, se produzca una pequeña fisura por donde se escapen algunas gotas del líquido estomacal, que yendo á parar al peritoneo determinen la muerte por peritonitis sobreaguda.

Todos estos peligros, aun en el caso de poder ser evitados, ¿están compensados por una seguridad operatoria, por un resultado ulterior satisfactorio? Basta raciocinar un poco para comprender la imposibilidad de evitar la recidiva cuando el cáncer, como ya he dicho antes, no ha sido extirpado en sus comienzos, comienzos que nunca pueden ser reconocidos. Cuando la operación se realiza, es ya demasiado tarde para proporcionar al enfermo otra cosa que la prolongación de la vida por algunos meses.

Estos pocos meses más de existencia se pagan demasiado caros. Algunos operados han resistido tres y cuatro años; pero esto constituye una excepción rarísima y no autoriza para intervenir en los casos de cáncer del estómago en los cuales sólo hay una simple sospecha por no aparecer los síntomas graves, tanto menos cuanto que la operación de Wœlfler da una supervivencia igual, sino superior, á la obtenida por la resección del píloro. La pilorectomía, creada antes que las demás intervenciones para esta clase de enfermedades, ha sido abandonada y sustituída por la operación que inspiró á Wœlfler la imposibilidad en que se encontraba de llevar á feliz término una pilorectomía emprendida en un caso de cáncer.

B.—RASPADO Y LEGRADO DEL ESTÓMAGO CANCEROSO

En 1887 Aug. Bernays (Missouri) publicó dos observaciones en las cuales recurrió al legrado para extraer un tumor del tamaño del puño. En la primera observación, la laparotomía descubre un estómago adherente al páncreas y á gran número de ganglios linfáticos. Ante la imposibilidad de pensar en una resección, Bernays practica una incisión en el estómago y con el dedo arranca de la cavidad estomacal los brotes cancerosos, que luego separa con la cucharilla de Volkmann.

El resultado operatorio fué bueno y rápido: dos meses después aún no se había presentado la recidiva y pudo cerrarse la fístula estomacal. Hasta el cuarto mes no reaparecieron los brotes; entonces se volvió á abrir el estómago á fin de poder practicar un nuevo legrado, y se dejó abierta la fístula gástrica para facilitar el acceso al estómago, en el caso de que fuera necesario repetir la operación. En la segunda observación, algunos núcleos cancerosos del peritoneo y algunas adherencias del páncreas impidieron que se practicara la pilorectomía, por lo cual hubo de contentarse el operador con hacer la incisión del estómago que puso al descubierto un canal pilórico casi completamente obstruído. Con la cucharilla abrió un verdadero canal y la curación fué rápida, dejando una fístula retraída.

En 1890, en el congreso de Berlín, Bernays ha defendido nuevamente el legrado, en los casos de cáncer del estómago, violentamente atacado por Kœnig. Esta intervención, según Bernays, no produce hemorragia, es menos grave que la pilorectomía, y la fístula gástrica, que se deja abierta, permite destruir, en cuanto se presenta, la recidiva, que es siempre inevitable.

«Todos los argumentos *a priori* de Kœnig, añade Guinard, de quien tomamos todo lo relativo al legrado en el cáncer gástrico, no tienen valor

alguno en presencia de los hechos. Bernays es el único que ha realizado experimentos sobre el particular, y los resultados que cita son muy satisfactorios. Es, pues, una operación que merece ser tenida en cuenta; no pretende ser más que paliativa, pero no ha de perderse de vista que en materia de cáncer del estómago no hay *cura radical*. Por mi parte, considero el raspado y el legrado del estómago como una operación llamada á prestar útiles servicios en cierto número de casos, y me permito insistir sobre este hecho.»

2.° Restablecimiento del curso de los alimentos

En vista de los dolores atroces que sufre el enfermo afecto de cáncer estomacal, de la inanición que lo extenúa y de la estenosis mecánica ó espasmódica determinada por el tumor, y ante la desesperante ineficacia de la resección del píloro ó de la pared del estómago alterada, tratóse de ver si habría algún paliativo que pudiera conjurar tan penosos y peligrosos accidentes. Wœlfler entonces inventó la gastro-enterostomía para el tratamiento del cáncer.

A.—DIVULSIÓN DIGITAL DEL PÍLORO CANCEROSO DESPUÉS DE UNA GASTROSTOMÍA

Loreta ha propuesto, para el cáncer, el mismo procedimiento operatorio que tan buenos resultados le diera en las estrecheces cicatriciales, y ha practicado la dilatación directa del píloro canceroso. En Francia intentóse esta intervención en Lyón en 1886. Daniel Mollière, después de haber practicado una gastrotomía, introdujo el dedo en el orificio pilórico, y después de una dilatación colocó en el orificio una sonda permanente. A los nueve días practicóse una segunda dilatación y otra á los once: el enfermo falleció á los diez y ocho. Esta tentativa desgraciada ha sido única, habiendo sido con razón definitivamente abandonada la dilatación de Loreta.

B. — GASTRO-ENTEROSTOMÍA

En los neoplasmas del estómago, no hay que pensar en la pilorotomía, en restablecer el curso de los alimentos obrando sobre los tejidos infiltrados por el neoplasma; sino que debe recurrirse á la anastomosis á distancia del tumor.

La gastro-enterostomía, en concepto de todos los cirujanos, es la operación preferible, puesto que por los medios menos arriesgados, remedia los tres peligrosos elementos del cáncer del estómago: la estrechez, la inanición y el dolor.

En cuanto se ha restablecido artificialmente el curso de los alimentos, los fenómenos dolorosos desaparecen, el enfermo se nutre y el estado general mejora. Los numerosísimos casos, más numerosos cada día, de felices resultados conseguidos con la gastro-entero-anastomosis en los casos de cáncer del estómago, no permiten abrigar duda alguna sobre este particular.

La gastro-entero-anastomosis retarda la marcha invasora del cáncer, porque evita á éste los contactos constantes de los alimentos con los brotes cancerosos.

Sucede en el estómago lo que en el recto atacado de cáncer.

El ano artificial detiene la evolución progresiva del cáncer rectal, y sin operación peligrosa pone, durante algún tiempo, al enfermo al abrigo de todos los peligros del cáncer derivados.

Las resecciones locas del recto, con resecciones óseas y vaciamiento de toda la pequeña pelvis, serán abandonadas muy pronto y se volverá al ano artificial benigno y eficaz, que alarga la vida del enfermo por lo menos tanto y tal vez más que las ablaciones amplias, las cuales, por otra parte, causan á veces la muerte en los primeros días que siguen á la intervención. Es preferible vivir con un tumor, que no duele ni molesta, á morir sin él después de haberse sometido á la cuchilla demasiado atrevida de un cirujano sobradamente ambicioso.

La gastro-entero-anastomosis se practica como para las afecciones no neoplásicas del estómago, siendo las mismas las indicaciones de dirección del asa anastomosada, de la porción del yeyuno que se ha de anastomosar, de la región del estómago que debe escogerse, etc.

Es preciso tener mucho cuidado en no anastomosar más que una parte sana de la pared estomacal, apartándose de la región cancerosa.

Para evitar que después de la gastro-enterostomía vuelvan los alimentos al extremo superior del intestino, J. L. Faure propone la invaginación del estómago en el intestino de modo que forme un cono con la abertura dirigida al extremo inferior del mismo. En esta operación, el retroceso de los alimentos desde el intestino al estómago puede constituir efectivamente una especie de circulación viciosa debida á los movimientos antiperistálticos intestinales. El estómago se desembaraza por medio de vomitivos de las materias que incesantemente vuelven á él y que se acumulan en su interior, y el enfermo, presa de inanición, enflaquece, sobreviniendo la muerte.

En 6 casos citados por Ewald, la muerte se debió al *circulus vitiosus*. También puede ser causa de defunción la disminución de la absorción intestinal.

Ewald, en una estadística personal reciente, ha tenido en 26 casos de gastro-enterostomía 16 defunciones (55 por 100), debidas, en su mayoría, á las dos causas citadas, excepto 3 ocurridas por conmoción operatoria y 2 por debilitamiento del corazón á consecuencia de miocarditis crónica.

Esta estadística, en extremo instructiva, demuestra cuán graves son todavía las intervenciones en los cancerosos, debiendo añadirse que Ewald cita todos los casos que ha visto y no se contenta con el éxito operatorio para dar por curado á su enfermo. «En realidad, añade, el debilitamiento general del organismo y la auto-intoxicación cancerosa ponen un límite á las intervenciones quirúrgicas, límite que probablemente nunca podrá traspasarse, dado el grado de perfección á que ha llegado ya la cirugía.»

Si se considera, sin embargo, la gastro-enterostomía como una operación paliativa, no nos cansaremos de repetir que debería practicarse con mucha más frecuencia de lo que actualmente se hace.

Esta operación puede ser preventiva de un cáncer curando una úlcera en vías de transformación posible; de ahí que deba ser propuesta á todo enfermo que sufra. Los dolores, los vómitos y la inanición del enfermo son otras tantas indicaciones formales para intervenir. La laparotomía exploradora demostrará cuál es la índole de la afección que determina los síntomas que presenta el enfermo. Gracias á ella, si se trata de una úlcera, será posible la curación de ésta, y si se trata de un cáncer, con la gastro-enterostomía se prolongará la vida del enfermo y se suprimirán sus dolores.

«Los resultados obtenidos por esta operación son notabilísimos, tanto mejores cuanto menos desarrollado está el cáncer: el enfermo deja de vomitar y de sufrir, engorda... Conviene no esperar demasiado, sino, por el contrario, obrar rápidamente: cuanto más pronto se intervenga, tanto mejor será el éxito.» (Follet.)

En resumen, *intervención precoz desde el momento en que se sospecha la posibilidad de un cáncer; establecimiento de una anastomosis gastro-yeyunal.*

La pilorectomía sólo es admisible en los casos excepcionales en que se encuentra un cáncer completa y absolutamente limitado. La gastro-enterostomía, mucho menos peligrosa, da un resultado igual, si no superior, á la pilorectomía, que es grave y que no da mayores seguridades respecto de la recidiva.

Finalmente, la gastro-enterostomía puede llegar á ser accesoriamente una operación preventiva del cáncer del estómago si se practica en las

afecciones rebeldes de este órgano. La gastro-enterostomía es la única operación útil y la única autorizada, aun en el cáncer reciente del estómago.

Toda tentativa loca de resección extensa del píloro ó de amplia gastrectomía debe ser rechazada como peligrosa é inútil.

CAPÍTULO XL

NOCIONES PATOLÓGICAS É INDICACIONES TERAPÉUTICAS GENERALES

sobre las

ENFERMEDADES DEL HÍGADO

POR

J. TEISSIER

Profesor de la Facultad de Lyón

Traducción del Dr. D. JOSÉ A. MASIP

I

Introducción

Pocos órganos han aprovechado tanto como el hígado las conquistas realizadas durante estos últimos años en el dominio de la química biológica, de la experimentación y de la bacteriología. De este modo ha recuperado sin dificultad alguna, en la patología moderna, el rango que ocupaba en la jerarquía de Galeno y que conservó hasta el descubrimiento de los quilíferos y del conducto torácico. Actualmente el hígado no es tan sólo *la glándula biliar*, papel á que, durante estos dos últimos siglos, se había creído podían limitarse sus propiedades funcionales, por importante que sea la parte de la bilis en el acto digestivo; los magníficos experimentos de Bernard, poniendo de relieve la función glicogénica, han restituído al hígado el lugar que las doctrinas galénicas le atribuían como manantial de calor y de vida, y han hecho de él el laboratorio esencial del calor orgánico.

Después ha venido esta serie no interrumpida de memorables trabajos que asignan al hígado un papel importante en la elaboración de la urea (Meissner), de las grasas (de Sinéty) y del ácido úrico; y por último, las investigaciones tan sugestivas á las que va unido el nombre de C. Bouchard y de su escuela, y que han demostrado la notable influencia de la glándula hepática en los fenómenos de depuración orgánica; esta depuración

encuentra su razón de ser en esta doble propiedad: primero, la fijación por la célula hepática, ó la eliminación por la vía biliar de cierto número de venenos (Orfila, Bernard), y después, la acción moderadora que la célula hepática ejerce sobre ciertas substancias tóxicas (alcaloides, materias albuminoideas ó de otra naturaleza) que han llegado á ella por la circulación porta; nociones de capital importancia que constituyen todo un cuerpo de doctrinas nacidas con las primeras concepciones de Schiff y de Héger y que, corroboradas por los experimentos de Bouchard y de Roger, parece que han encontrado una confirmación definitiva en las brillantes investigaciones de Eck repetidas después por Nencki y Paulow.

Ciertamente que el papel de *defensa del hígado* debe considerarse como fuera de duda, pero no puede generalizarse á todas las substancias tóxicas. Y así como los experimentos de Queirolo parece que han probado que el epitelio intestinal ocupa un lugar importante entre estos medios de defensa oponiéndose á los focos de intoxicación de origen intestinal, las repetidas investigaciones que hemos llevado á cabo con L. Guinard demuestran de una manera precisa, así nos lo parece, que el hígado obra de un modo inverso en presencia de algunas toxinas microbianas, como las de la difteria, del muermo ó de la peripneumonía, reforzando en cierto modo su acción nociva y aumentando otro tanto los peligros de la infección, papel de refuerzo que tal vez es un corolario de la función glicogénica.

Sea lo que fuere de esta simple enumeración, y antes de que estudiemos particularmente los hechos, es fácil deducir las consecuencias necesarias que resultarán del decaimiento transitorio ó definitivo de la célula hepática, como un revés inevitable que se dejará sentir fatalmente sobre las funciones de nutrición ó de asimilación, por el hecho de un desorden limitado ó general en las funciones del parénquima. Y esto sin mencionar las alteraciones de proximidad, que serán la consecuencia obligada de las lesiones que interesan el sistema vascular tan desarrollado de la glándula, como de las alteraciones viscerales remotas que despertarán sus conexiones nerviosas por vía refleja.

II

Etiología general

Por sus relaciones orgánicas, por sus conexiones y por su misma situación en la cavidad peritoneal, el hígado está expuesto á sufrir una infinidad de influencias nocivas.

A.—*Por la vía biliar* pueden penetrar los numerosos gérmenes pa-

tógenos en pululación tan frecuente en el tubo digestivo. Sin duda que la bilis es fisiológicamente estéril (Exp. de Dupré y Létienne; Obs. clínica de Schwartz); pero basta simplemente que haya disminución en la velocidad normal del derrame, como se observa por el hecho de ocupaciones demasiado sedentarias ó consecutivamente á la evolución de una pirexia común; ó también que un desorden general de la nutrición, modificando la reacción de los humores, disminuya algo su acidez y restrinja la producción de los taurocolatos, y ya dejará de encontrarse defendida de la invasión de los elementos microbianos, tanto de los que viven en estado normal en la porción más inferior del duodeno, cerca de la ampolla de Water (Duclaux y Netter), como de los que habitualmente residen en el intestino. Y son conocidas las consecuencias necesarias de esta invasión microbiana de las vías biliares: en pequeño grado es el catarro infeccioso que termina por la litíasis (Nannyn) y después, en grado más adelantado, los diversos tipos de supuración de las vías biliares, angiocolitis y colecistitis ó estos intensos accesos de fiebre hepática cuya patogenia, claramente dilucidada en la actualidad, implica indicaciones terapéuticas bien definidas de las que trataremos extensamente.

Esta invasión de las vías biliares por los agentes patógenos es también lo que determinará las complicaciones supurativas de la angiocolitis calculosa, de ciertas tuberculosis hepáticas (Pilliet), y de los quistes hidatídicos ó de otros focos primitivamente asépticos.

No debemos entrar aquí en pormenores y en la descripción de las diversas infecciones susceptibles de producirse por esta vía á nivel de la glándula hepática; es necesario recordar siempre que el *baccillus colli* es el que parece ser el agente más ordinario de penetración; tal vez su natural movilidad es el motivo de esta predilección. De todos modos es probable que á su presencia ó á la acción de sus productos secretorios son debidos los grandes accesos de fiebre hepática; realiza en cierto modo en las vías biliares accidentes análogos á los que provoca en las vías urinarias; fiebre biliar y fiebre urinosa son en definitiva función del mismo elemento ó del mismo veneno. Los agentes de la supuración, estafilococos ó estreptococos piógenos, parece que ocupan el segundo lugar. Hay que citar también particularmente el bacilo de Eberth, lo que se adapta bien con la frecuencia de las crisis de cólicos hepáticos observadas en la convalecencia de la dotienenteria (Dufourt) y la frecuencia relativamente bastante grande de la colecistitis consecutiva á la fiebre tifoidea. Pero hay un punto interesante que debe señalarse y que encuentra su aplicación directa en terapéutica: una vez introducido en las vías biliares el bacilo de Eberth, se instala en ellas de una manera persistente, hasta tal punto que

puede sobrevivir á la infección general, en términos que, una vez extinguida esta infección, pero quedando infectada la bilis, ésta, por vía descendente, puede reinfectar el intestino y ser, en consecuencia, la ocasión de una nueva evolución morbosa. Los casos de esta clase no son excepcionales y hemos observado algunos de ellos.

Por la vía biliar pueden penetrar también algunos parásitos más voluminosos (lombrices, distomas, etc.) y capaces de ocasionar por su presencia en un momento dado desórdenes más ó menos graves. Hay que recordar, por último, que la abertura del conducto colédoco á nivel de la ampolla de Water puede ser el origen (por el hecho de sus relaciones directas con los órganos próximos) de una multitud de desórdenes muy graves; tales, por ejemplo, en primera línea esas ictericias obscuras que descubren la obstrucción del conducto y su compresión por una neoplasia de la cabeza del páncreas ó de la ampolla de Water, ó también una obliteración cicatricial como las que puede ocasionar una úlcera del duodeno.

B.—*Por su circulación tan activa,* el hígado es apto para sufrir la influencia de todas las infecciones generales susceptibles de localizarse en un momento dado, tales como la tuberculosis ó la sífilis; pero la mayor parte de las pirexias pueden trastornar por la misma vía el funcionalismo de la célula hepática y la gran mayoría de sus microorganismos patógenos están habituados á penetrar en el hígado por la vía de la *arteria hepática* para crear allí estas lesiones del *hígado infeccioso,* bien descritas por Gastou y Hanot, aunque, según nuestras investigaciones con Guinard, confirmativas de las de Doyon, Courmont y Paviot, estas alteraciones dependen más de una acción tóxica que de la misma acción de los microbios sobre la célula hepática.

Pero los microbios pueden penetrar también en el hígado por la *vía venosa,* no tanto por la vía porta, que de primer momento parece la vía de predilección (el epitelio intestinal protege el sistema porta contra la invasión microbiana cuando no hay previa efracción), sino *por la vía suprahepática.*

Hay tendencia á admitir en la actualidad que los abscesos metastáticos del hígado consecutivos á las heridas de la cabeza tienen por punto de partida la penetración de los microbios piógenos por las venas suprahepáticas, por una especie de invasión retrógrada facilitada por la estancación cardíaca y la dilatación de las cavidades derechas. Pero los desórdenes mecánicos sobre todo, son la consecuencia inevitable de esta estancacion, que repercute siempre en el hígado de una manera marcada, produciendo en unos la cirrosis perisuprahepática, en otros la con-

gestión simple con distensión del parénquima, pero con tal permeabilidad vascular que cada sístole cardíaco, cuando el orificio tricuspídeo está forzado, puede determinar en él movimientos sincrónicos, constituyendo el verdadero pulso hepático estudiado especialmente por Potain.

La *vía porta* es, sin contradicción, la vía por excelencia que siguen las *substancias tóxicas*, y por tanto el origen de la inmensa mayoría de las afecciones del hígado. Indudablemente que no está cerrada á los microbios, y muy verosímilmente por ella es por donde se difunden los elementos piógenos emanados de un foco de supuración rectal, ó las amibas que van á constituir el absceso hepático de origen disentérico, cuando se ha franqueado la barrera epitelial; pero la vía de la porta es ante todo la vía de penetración de las intoxicaciones, de aquellas que tienen su punto de partida en una elaboración viciosa del alimento en la cavidad estomacal, así como de las que resultan de la absorción de los productos de fermentación elaborados en el intestino, ese gran foco de siembra para los microbios y fábrica incesante de venenos. Esta concepción ha derramado mucha luz sobre el origen y la naturaleza de las afecciones crónicas del hígado, desde las más sencillas,—la congestión común, corolario obligado de ciertas dilataciones del estómago y precursor habitual de esa afección, tan frecuente en la mujer, la ectopia renal derecha,—hasta las más temibles, como la cirrosis, cuya génesis da lugar ahora á concepciones del todo nuevas.

Hasta hace algunos años, la cirrosis atrófica vulgar (cirrosis de Laënnec) y la gran mayoría de las cirrosis mixtas ó hipertróficas se atribuían á la acción prolongada de los espirituosos ó del alcohol en sus diversas formas. Los experimentos todavía recientes de Straus parecía que confirmaban estas suposiciones; pero nuevas investigaciones, entre otras las de Laffite, habían permitido considerar la cuestión desde otro punto de vista y autorizaban la duda con motivo de la misma acción del alcohol, mientras que la parte preponderante correspondería á la infección producida por el traumatismo provocado por la sonda introducida en el estómago para facilitar la penetración del alcohol. Los casos clásicos de Hanot y de Boix relativos á ejemplos de cirrosis atróficas desarrolladas en el curso de la dilatación del estómago, y los experimentos repetidos por ellos con el fin de demostrar la parte que corresponde á cada uno de los ácidos ó productos de fermentación de la cavidad intestinal en la constitución del proceso cirrótico, parecen demostrar de una manera evidente la parte considerable que debe atribuirse á estas substancias tóxicas en la constitución de las hepatitis intersticiales, hepatitis cuya forma evolutiva y cuya disposición topográfica dependerían más de *la cantidad y de la duración de la acción*

de las substancias absorbidas, según expusimos en el congreso de Burdeos, que no de su propia naturaleza. Esto no significa en modo alguno que deba dejarse á un lado la acción del alcohol en la etiología de la cirrosis atrófica; pero hoy día, que conocemos mejor las lesiones intestinales entrevistas antes por Bright y que acompañan la cirrosis atrófica (lesiones que encajan tan bien con los desórdenes digestivos que marcan el principio del período llamado precirrósico), parece más racional pensar que el alcohol obra tóxica y localmente primero sobre el trayecto gastro-intestinal provocando en él una irritación catarral, que, despojando á la mucosa de su epitelio protector, ha facilitado la reabsorción de substancias tóxicas y su penetración en el sistema porta indefenso en lo sucesivo.

C.—El hígado encuentra también, en sus *relaciones inmediatas* y en su situación en la extensa cavidad peritoneal, motivos directos de alteración ó de degeneración: la frecuencia de las determinaciones peritoneales de la tuberculosis explica los numerosos ejemplos de perihepatitis bacilares; como la peritonitis séptica, por otra parte mucho más rara, da cuenta de las determinaciones supurativas excepcionales de la región suprahepática (absceso subfrénico de Ehrlich). Además, las irritaciones peritoneales crónicas pueden tomar, á nivel de la cápsula hepática, un desarrollo más intenso y convertirse en el punto de partida de una cirrosis llamada capsular: por un mecanismo análogo es por lo que la irritación secretoria del peritoneo (*hidrops inflammatorius* de Talma) desempeñaría un papel importante en el desarrollo de las hepatitis, punto importante de patogenia que legitima ciertas intervenciones terapéuticas que tendremos que citar.

D.—Finalmente, *por la misma naturaleza de sus funciones*, el hígado es suceptible de alterarse y de sufrir. No podemos insistir en las propiedades secundarias del órgano; recordaremos solamente que hay tres funciones principales alrededor de las cuales gravitan todas las demás. Las tres primeras: la función biligénica, la función glicogénica y la función ureogénica, tienen un papel capital aunque variado; la función biliar asegura en su integridad la asepsia del conducto colédoco y defiende el hígado contra todos los focos de auto-infección ó de auto-intoxicación intestinal (1), disminuye considerablemente el coeficiente tóxico de la masa intestinal, pues si el poder antiséptico de la bilis es débil, su poder antitóxico es considerable; nuestros experimentos hechos en unión de Jardon (2), así lo prueban y basta operar una fístula biliar en un perro, fijando antes y después el cociente de la acción tóxica urinaria, para comprobar el enorme aumento de acción tóxica que sigue á la opera-

(1) Baron.—La bilis (*Thèse de Lyon*, 1896).
(2) Jardon.—Función antitóxica del hígado (*Thèse de Lyon*, 1897).

ción, ó en otros términos, el aumento considerable de las fermentaciones intestinales, que pueden hacerse cesar haciendo ingerir al animal con sus alimentos cierta cantidad de bilis. Pero al lado de esto, la bilis tiene un papel recrementicio que no debe olvidarse; los experimentos de Bernard y de Dastre parecen demostrar que la presencia de la bilis es indispensable para la buena emulsión de las grasas, y el de Williams, que es necesaria para la diálisis de estas grasas emulsionadas á través de la pared intestinal. Pero si la mayoría de los elementos que constituyen la bilis varían poco en general en sus proporciones (cal, colesterina, ácidos libres), no sucede lo mismo con los pigmentos, y puede suceder que debiendo elaborar demasiada cantidad de materia pigmentaria,—como se observa en esas ictericias llamadas *pleiocrómicas* (Stadelman), cuyo mecanismo conocemos bien y que nos hacen comprender mejor el *modus faciendi* de nuestras antiguas *ictericias hemafeicas,* — la célula hepática, obstruída por una parte por la materia pigmentaria y agotada por otra por el aumento del trabajo formador, disminuiría en su resistencia y será más apta para ceder á las primeras causas de infección que tendrá que soportar.

Lo mismo sucede con las funciones *glicogénicas* ó *ureogénicas*. Trátese de hiperfuncionalismo atávico, como se observa en la gota, ó que la azouria y la glucosuria alimenticia sean consecuencia de un exceso de trabajo impuesto á la célula hepática por una higiene viciosa y una alimentación desproporcionada con las necesidades del organismo, podrá llegar siempre un momento en que la célula hepática fatigada no podrá cumplir su objeto y su desfallecimiento se manifestará por menor resistencia á la infección ó por la tendencia á la insuficiencia funcional. Pues si la azouria es en general un peligro, en el sentido de que pone de manifiesto el exceso de trabajo de la glándula y favorece en todo caso la *discrasia úrica*, sobre todo si al mismo tiempo existen desórdenes digestivos con fermentación láctica (A. Gautier ha demostrado que la economía puede realizar sintéticamente el ácido úrico partiendo del ácido láctico y de la urea), desde otro punto de vista forma parte de los medios generales de defensa de que dispone el hígado para preservarnos contra las influencias nocivas ó tóxicas que nacen en el intestino y amenazan á toda la economía. Bouchard ha probado de un modo claro que la urea, en igualdad de peso, es menos tóxica que la materia albuminoidea, y el experimento de Eck ha demostrado todos los peligros que pueden resultar para el animal de la no transformación en el hígado de la materia albuminoide en urea y de su persistencia en estado de carbonato de amoníaco.

No insistiremos de nuevo sobre esta propiedad de defensa, clásica hoy día, y que es uno de los puntos más interesantes del papel funcional del hígado: se conocen las diversas etapas recorridas y cómo el poder retentivo del hígado, admitido al principio tan sólo para algunas sales minerales (cobre, arsénico, mercurio), se ha extendido pronto á los alcaloides y después á ciertas substancias tóxicas de origen microbiano, con las investigaciones sucesivas de Heger, Bouchard, Roger, etc. La citamos aquí solamente para demostrar el partido que de ello puede sacar el práctico, advertido por este hecho, pues ciertos medicamentos retenidos y fijados por la célula hepática, podrán administrarse con la certeza de que serán llevados directamente al órgano á que se dirigen y ejercerán allí su acción específica. Pero hay un punto más delicado sobre el que debemos insistir, porque es menos conocido, y sin embargo es susceptible de indicación terapéutica, teniendo real importancia.

En efecto, hasta estos últimos años la doctrina *del hígado barrera* no había tenido ninguna oposición; participábamos también de esta confianza bien demostrada y no dudábamos de que se trataba de una ley general, cuando ciertos hechos clínicos que parecían algo contradictorios nos indujeron á comprobar experimentalmente esta noción de fisiología patológica general. En el Congreso de Burdeos de 1895, expusimos el resultado de nuestras investigaciones hechas con L. Guinard y demostramos de una manera tan completa como era posible que existían algunas excepciones útiles de conocer, y que ciertas toxinas microbianas, lejos de quedar retenidas ó de destruirse en el hígado, adquirían en él, una vez inyectadas en la vena porta, un aumento de actividad indudable, hasta tal punto que una misma dosis de toxina diftérica, de pneumobacilina ó de maleína, inyectada en la vena porta ocasionaba la muerte con mucha mayor rapidez que en el animal de comparación en el que la toxina se había introducido por una vena periférica. Pero estos hechos no tienen solamente el mérito de la novedad ó el de hacer más fácil la interpretación de ciertos fenómenos patológicamente bastante difíciles de explicar, como por ejemplo, los accidentes generales de evolución casi fulminante de ciertos hechos de botulismo, los accidentes agudísimos, que siguen á una diarrea coleriforme, ó la explosión de una infección tuberculosa generalizada, consecutiva á una determinación latente en el intestino, cuando la barrera intestinal ha sido franqueada y el hígado invadido por los productos de la infección; estas nociones llevan en sí indicaciones utilizables para el práctico y que hay que definir.

En efecto, buscando la razón y el mecanismo de estos hechos, en apariencia paradójicos, hemos llegado á la noción muy precisa de

que no resultaban de la superposición, á los fenómenos primitivos de la intoxicación, de los accidentes de la insuficiencia hepática, pues si en los animales así sacrificados se encontraban las más de las veces las alteraciones glandulares de la célula hepática, descritas por Hanot y Gastou como características del hígado infeccioso, estas alteraciones con frecuencia eran más marcadas cuando la muerte era debida á la intoxicación por introducción de veneno en la vena yugular. Era preciso, pues, ver en esta mayor actividad de las acciones tóxicas una especie de refuerzo de la acción primitiva esencial. Pues bien, hemos podido comprobar que esta recrudescencia del poder tóxico tenía relaciones directas con la intensidad y la actividad de la función glicogénica. En el hígado de nuestros animales sacrificados, hemos comprobado la desaparición del glicógeno, y el que podía extraerse de la glándula aparecía gris, sucio y muy modificado en su estructura molecular. Por otra parte, hemos podido comprobar también que en el animal en experiencia, si se reducía al mínimo la función glicogénica por un ayuno prolongado, podían inyectarse *impunemente* en la vena porta dosis importantes y rápidamente mortales de estas mismas toxinas microbianas. Pero éstas recobraban bruscamente sus propiedades primitivas, desde que se alimentaba el animal; ó en otros términos, cuando se proporcionaba glicógeno á la glándula hepática. Esta noción, que reiterados experimentos parecen demostrar de una manera muy positiva, cualquiera que sea la interpretación que se le dé (1), es susceptible de aplicaciones prácticas de mucho interés.

Nos parece que justifica en absoluto la utilidad de la dieta en las pirexias infecciosas, y nos explica con mucha facilidad estas bruscas reapariciones de la fiebre que se observan en la convalecencia de ciertas infecciones á la menor transgresión del régimen, por ejemplo, en la dotienentería, en la que estos accidentes á veces pueden engañar con la evolución de una recaída. Volveremos á insistir sobre estos diversos puntos.

E.— *Por causa de la herencia*, finalmente, el hígado está expuesto á excitaciones funcionales ó á modificaciones estructurales susceptibles de repercutir más tarde de una manera más grave sobre su organización. Hemos citado ya la mayor excitabilidad hepática que lleva el gotoso al nacer y que se manifiesta desde la infancia por azouria, en la adolescencia por albuminuria intermitente y en la edad madura por glucosuria, modificaciones todas ellas cuyo conocimiento es importante y servirán para guiar al práctico en los cuidados higiénicos ó dietéticos que con frecuencia tendrá que formular. Hay que mencionar también la influencia de la tuberculosis

(1) Teissier y Guinard. — *Comptes rendus de l'Acad. des Sc.*, 1896, y *Archives de médecine expérimentale*, 1897.

en los ascendientes: la impregnación fetal por la tuberculina, susceptible de producir la estrechez mitral congénita, nos parece que favorece también la esclerosis hepática y que tiene, por consiguiente, una influencia directa en el desarrollo de la cirrosis cardíaca. Basta para convencerse de ello el comprobar cuanto más frecuente es en los individuos jóvenes la cirrosis cardíaca en el curso de la estrechez mitral no debida á la endocarditis, comparada con su rareza después de las afecciones mitrales consecutivas al reumatismo articular agudo.

III

Indicaciones de terapéutica general que se deducen de las consideraciones patológicas anteriores

Por esta ya larga enumeración, aunque sumaria, relativa á las múltiples condiciones susceptibles de colocar el hígado en estado de decadencia orgánica, ó simplemente funcional, es fácil comprender el número y la variedad de las enseñanzas que deberá deducir el práctico, preocupado ante todo de subordinar sus indicaciones ó sus consejos terapéuticos á la idea que se forme de la naturaleza misma del desorden ó de la lesión supuestos.

Tomemos un ejemplo: sabemos que toda pirexia, la fiebre tifoidea entre otras, disminuye la rapidez de la corriente biliar y ataca, por la naturaleza misma del agente infeccioso, la vitalidad de la célula hepática; esto explica el enflaquecimiento y la debilidad general que siguen á la disminución de la propiedad glicogénica, la posibilidad de la infección de las vías biliares por modificación de las reacciones de la bilis, y por último, la amenaza de complicaciones ulteriores (angiocolitis, colecistitis ó simplemente litíasis biliar).

Indudablemente esta disminución de la propiedad glicogénica no debe preocuparnos mucho, porque en el fondo tiene sus ventajas y disminuye las probabilidades de *sobre-infección,* según acabamos de ver. Habrá motivo, pues, para respetarla al principio, pero cuidando de recuperar durante la convalecencia las pérdidas del organismo por medio de una alimentación más reparadora. Pero no sucede lo mismo con la disminución de la secreción biliar, que expone á todos los peligros de la infección del colédoco; de lo que nace la indicación, según los casos, de activar con los laxantes (ruibarbo ó calomelanos) ó de estimular con los colagogos el derrame del líquido biliar, á no ser que, habiéndose ya producido esta in-

fección, no exija desde el primer momento la administración de los antisépticos biliares como el salol ó el salicilato de sosa.

Pero vamos más lejos; por la influencia de esta infección del colédoco, unida á la lentitud de la corriente biliar, y á veces también á una disposición de familia, el catarro mucoso de los conductos biliares ha provocado la precipitación de la colesterina y de la cal; se han formado cálculos y aparece el síndrome del cólico hepático. Se abre entonces una nueva escena con nuevas indicaciones para cumplir; éstas se fundarán exactamente en el conocimiento de los accidentes debidos á la emigración del cálculo, de las complicaciones que pueden resultar de su evolución fuera de las vías habituales, de las repercusiones á distancia que pueden producirse en ciertas vísceras y, por último, de las consecuencias remotas que serán resultado del atascamiento del cálculo y de la ictericia crónica, efecto necesario de la obstrucción del colédoco. Se ve desde el primer momento qué clase de indicaciones hay que cumplir: prevenir ó facilitar el curso natural y la expulsión del cálculo combatiendo los fenómenos dolorosos; prevenir los accidentes inmediatos, consecuencias de la ruptura de la vejiga ó de la introducción del cálculo en una vía anormal; combatir los fenómenos reflejos que pueden determinar la parálisis del corazón ó producir accidentes temibles de la asistolia de origen hepático; prevenir los inconvenientes de la estrangulación espasmódica del intestino ó conjurar los accidentes resultantes de la obstrucción real de este conducto por la colelitíasis. Después, si se ha producido la ictericia, deberán prevenirse las consecuencias de la acción de las sales biliares sobre el miocardio, luchar contra la comezón tan tenaz que resulta de la acumulación del pigmento biliar en las células de la capa de Malpighio, combatir la agitación nerviosa que determina la reabsorción biliar y su acción sobre las células de las capas corticales de los hemisferios, excitación que puede llegar hasta el delirio y revestir los caracteres de una verdadera *locura hepática* y más adelante hasta producir alteraciones anatómicas reales por parte de la médula ó del sistema simpático, puesto que, consecutivamente á la intoxicación biliar, hemos visto evolucionar la tabes, la enfermedad de Parkinson ó el bocio exoftálmico. Y dejamos todavía á un lado toda la serie de indicaciones que pueden resultar de la fiebre hepática, síntoma habitual de la angiocolitis, ó de la insuficiencia de la célula hepática, desde la que, ligera al principio, se traduce simplemente por glucosuria alimenticia y la presencia en la orina de pigmentos biliares transformados (urobilina de Hayem y de Tissier) (1) hasta la que se mani-

(1) J. Teissier. — Enfermedades nerviosas consecutivas á las enfermedades del hígado (*Assoc. franc. Av. Sciences, Congrès de Paris*, 1889).

fiesta por el síndrome dramático de la uremia hepática ó de la ictericia grave.

Por último, cuando se habrán evitado todos estos accidentes, ó cuando se habrán cumplido útilmente algunas de las indicaciones que pueden exigir, tendrá que realizarse la *terapéutica patogénica* propiamente dicha, la que se dirige á la misma disposición morbosa, la calculosis, modificando los procesos discrásico ó constitucional, así como las alteraciones locales que favorecen el desarrollo de los colelitos, fin que no podrá realizarse sino mediante una multitud de reglas dietéticas bien ordenadas ó merced á una medicación racional.

Sin embargo, mirándolo atentamente, en medio de este gran número de indicaciones múltiples y en apariencia á veces contradictorias, no es imposible discernir algunas reglas de conducta precisas que nos servirán de jalones directores y nos permitirán intervenir de una manera lógica y eficaz en la curación de las afecciones de la glándula hepática.

En efecto, toda enfermedad del hígado consiente: 1.° una *medicación preventiva;* 2.° una *medicación curativa* ó *patogénica;* 3.° cuidados dirigidos á combatir los síntomas y las complicaciones próximas ó remotas que pueden ser consecuencia de ella. Dos ejemplos serán suficientes para dar á comprender nuestra idea.

Volvamos al cólico hepático: la *medicación preventiva* comprende toda la serie de reglas dietéticas destinadas á impedir el desarrollo de discrasias ácidas de las que la litíasis biliar es una de las consecuencias comprobadas, ó bien á evitar (una vez establecida ó constituída hereditariamente la discrasia úrica) las condiciones secundarias susceptibles de favorecer el desarrollo de los cálculos y su precipitación en la vejiga biliar. A la *indicación curativa* corresponderá la serie de los medios sucesivamente recomendados para facilitar la reabsorción del cálculo (antiguo remedio de Durande) ó favorecer su eliminación desde el uso del aceite de olivas ó de la glicerina hasta el masaje de la vejiga, que ha dado notables resultados empleado por Harley. Por último, la *medicación sintomática* cuidará sobre todo los accidentes inmediatos dependientes del hecho de la emigración del cálculo, desde el dolor, los vómitos y las tendencias lipotímicas ó sincopales, hasta la fiebre hepática ó las crisis de asistolia aguda susceptibles de producirse en esta ocasión; después los *síntomas remotos*, tanto los que descubren la emigración del cálculo fuera de sus vías naturales, como los que dependen de accidentes que ponen de manifiesto la infección de la glándula ó su supresión funcional.

Las mismas consideraciones son aplicables al tratamiento de las cirrosis. Mejor informados hoy día acerca la parte que corresponde á los pro-

cesos que determinan la hepatitis intersticial; mejor instruídos también sobre la parte que hay que reservar al abuso del alcohol y al papel importante que debe atribuirse ahora á las irritaciones crónicas del intestino y á la autointoxicación, puede decirse que la *terapéutica preventiva* es, en su género, capaz de prestar los mayores servicios, puesto que una dietética bien elegida, una alimentación suave y tan poco tóxica como sea posible, y una antisepsia regular del intestino y del hígado, muchas veces ha bastado para poner á raya el proceso cirrótico cuando ya el enfermo presentaba claramente los primeros síntomas del hepatismo, es decir, las alteraciones gastro-intestinales con abultamiento del abdomen, edema pretibial, glucosuria alimenticia y urobilinuria.

A esta terapéutica profiláctica debe seguir ó bien asociarse la *terapéutica curativa*, la que se dirige á la lesión misma, es decir, la esclerosis intersticial. Pero aquí también hay que tener en cuenta la naturaleza misma del proceso escleroso y su punto de partida ¿Es francamente perivascular y la peritonitis desempeña un papel más secundario? Deberá recurrirse entonces á los alterantes, al yoduro, al bicarbonato de sosa y sobre todo á los calomelanos. Al contrario, ¿la cirrosis es principalmente de origen capsular como se ve con frecuencia en los casos de cirrosis con ascitis abundante y circulación venosa abdominal muy desarrollada? A la ascitis y al peritoneo deberemos dirigirnos de preferencia; y entre los medios de que disponemos parece que el más eficaz hasta ahora es la punción seguida de inyección de oxígeno esterilizado según la práctica del profesor Potain.

Por último, con frecuencia habrá ocasión de recurrir á la *terapéutica sintomática* propiamente dicha, bien porque algunos fenómenos conexos, bajo la dependencia directa de la evolución cirrótica, trastornos gástricos, reflejos cardíacos, hemorragia intestinal ú otros hayan reclamado la intervención del práctico, bien que una complicación más grave todavía, ruptura de varices esofágicas, accidentes asistólicos ó el síndrome de la ictericia grave hayan exigido una medicación de urgencia desgraciadamente inútil con demasiada frecuencia.

Entremos ahora en pormenores acerca las vías y los medios que nos permitirán realizar esta triple fórmula.

A. — MEDICACIÓN PREVENTIVA Ó PROFILÁCTICA

Puede efectuarse según una triple modalidad: 1.° por la dietética; 2.° por el empleo de los preparados destinados á asegurar la antisepsia del hígado y de las vías biliares; 3.° por una serie de prácticas propias

para descongestionar el órgano y reducir la intensidad de los movimientos fluxionarios.

A. — *La dietética*, muy importante en el tratamiento general de las enfermedades del hígado, variará, como es de suponer, según el fin que nos propongamos, pero deberá tener siempre por punto de partida el recuerdo preciso de las funciones tan complejas de la glándula, la idea tan exacta como sea posible de la lesión anatómica que se tema y las condiciones patogénicas susceptibles de realizarla. De todos modos se regulará constantemente según los caracteres y el estado de resistencia, de buen ó mal funcionalismo de la célula ganglionar, lo que será fácil de comprobar por el examen minucioso de las deposiciones y sobre todo por el análisis de la orina; la investigación de la albuminuria, de la glucosuria alimenticia y, por último, de la urobilinuria tendrán en este asunto importancia capital.

Volvamos á las dos enfermedades principales que ya nos han servido de ejemplo y que, mejor que las demás afecciones del hígado, son susceptibles de ser prevenidas, modificadas ó detenidas por este dietético preventivo: la litíasis biliar y la cirrosis hepática.

Sabemos que la producción de los cálculos biliares depende de un complejo patogénico múltiple, en el que varios factores entran en acción sucesiva ó simultáneamente; primero hay la influencia de las discrasias ácidas, cuyo efecto inmediato es el de proporcionar á la secreción biliar una cantidad anormal de cal, que da por primer resultado desprender el ácido cólico de sus combinaciones con la sosa y reducir las cantidades de coleato de sosa, á favor del cual la colesterina permanece en disolución (Bouchard); luego tenemos la lentitud del curso de la bilis, que favorece la infección de las vías biliares y la producción de un catarro mucoso, que ocasiona la destrucción ó simplemente la mayor actividad epitelial, que da lugar, según Naunyn, á la secreción de la colesterina, cuya precipitación formará el centro del cálculo, y la cal se precipita en seguida en derredor por la simple atracción que ejercen sobre ella las substancias albuminoideas resultantes de la fusión del protoplasma celular (Naunyn).

Ahora bien; es fácil comprender que la primera indicación que debe presidir al régimen del artrítico predispuesto á la litíasis biliar, es ante todo la supresión de alimentos, condimentos ó bebidas, ricas en cal y en colesterina, como langostinos, huevos, embutidos, ciertas legumbres farináceas, las aguas selenitosas ó los manantiales minerales cargados de carbonatos cálcicos. Al mismo tiempo tendrán que prescribirse ciertas reglas de higiene general: ejercicio, masaje ó esgrima, y también la equitación, que favoreciendo los movimientos respiratorios amplios y el juego del

diafragma, facilitarán el flujo de la bilis y activarán su corriente de expulsión.

Pero muy distinta será la conducta que deberá seguirse en la cirrosis hepática en el caso de simples presunciones de su desarrollo, cuando fuera de los pequeños signos de la insuficiencia hepática no se comprueba todavía ninguno de los síntomas cardinales que imponen un diagnóstico y permiten afirmar la evolución esclerosa de la glándula. El paciente no ofrece todavía más que un poco de abombamiento epigástrico, hay edema latente y simétrico de la región pretibial, á veces albuminuria transitoria diurna ó glucosuria alimenticia; sin embargo, el examen espectroscópico de la orina siguiendo el procedimiento de Gerardt denota la presencia de la urobilina y pone de manifiesto un sufrimiento positivo de la célula hepática. En este caso, la indicación es precisa; no hay que ocuparse de la cal ni de la colesterina; el objeto que hay que realizar es reducir á su mínimo las causas de autointoxicación, que tiene un papel tan importante en el desarrollo de la cirrosis. No basta rechazar el alcohol y todas las substancias excitantes capaces de inflamar el epitelio intestinal y de disminuir su resistencia; conviene no dejar llegar hasta el hígado más que las substancias que pueden llegar á él parcialmente elaboradas; reducir los albuminoideos que, mal hidratados, pasan al sistema suprahepático en una forma más tóxica y que, no transformados por el hígado, pueden, al eliminarse por el riñón, determinar en él un trabajo inflamatorio que tendrá una repercusión de las más desfavorables sobre la nutrición de la célula hepática. Pero no hay que dejar que el enfermo pierda sus fuerzas ya minadas por la disminución del poder glicogénico del hígado: aquí el azúcar y las féculas no están contraindicados, y las substancias grasas que con el azúcar dan calor y movimiento pueden aconsejarse en forma de huevos, es decir, de materia grasa emulsionada por la lecitina. En tales casos, hemos visto el hígado de ternera, generalmente desaconsejado á los diabéticos, reducir la proporción de la glucosa alimenticia, muy probablemente por proporcionar al hígado una parte del glicógeno de que tiene necesidad para subvenir á las exigencias de la producción del calor.

2.° El *segundo medio* propio para defender al hígado contra los orígenes de *infección* y de *intoxicación*, consiste en la *antisepsia hepática*, término general cuya verdadera significación se comprende fácilmente, aunque desde un punto de vista absoluto no se aplica más que á los agentes antidóticos de la infección. Lo tomamos aquí en su sentido más lato, es decir, extendiéndolo á los agentes antitóxicos.

La antisepsia hepática es directa ó indirecta. *Indirecta,* se realiza por el conjunto de medios propios para reducir al mínimo el poder tóxico

del medio intestinal, lo que se obtiene por un régimen alimenticio apropiado, y del que se eliminarán en todo lo posible las substancias grasas (Jardon acaba de demostrar, en efecto, que el poder tóxico de la orina aumenta considerablemente en los perros alimentados con carnes grasas), y por la administración de los antisépticos intestinales sobre los que no debemos insistir aquí y que nos limitamos á citar (salol, naftol, benzonaftol, carbón, etc., etc.). A esta lista, sin embargo, creemos que debemos añadir la bilis, cuya *acción antitóxica* nos parece indiscutible, y cuya notable propiedad creemos haber demostrado en nuestro informe del Congreso de Burdeos. El experimento varias veces repetido por nosotros, que consiste en fijar el coeficiente de la acción tóxica de la orina antes y después de la producción de una fístula biliar, y en demostrar la enorme elevación de esta acción tóxica cuando la bilis no corre por el intestino, es ya una prueba muy precisa; pero el experimento es todavía más concluyente cuando se prueba que en un perro con una fístula y con poder tóxico urinario considerable, basta administrar por la boca una proporción de bilis relativamente pequeña (15 gramos por 300 gramos de carne magra putrefacta) para ver que la acción tóxica urinaria desciende á la cifra normal. La bilis tiene la ventaja de ser ligeramente antiséptica (Charrin, Roger, Gley, Lambling) y antifermentescible (Maly y Emich). Esta propiedad debe imputarse indudablemente á la acción del taurocolato de sosa, como ya suponían Charrin, Limburg y Bufalini, y como parece confirman también los experimentos que hemos hecho en unión de Baron (los cultivos en caldo adicionado con bilis de perro, rica en taurocolato de sosa, germinan con mucha menos rapidez que los sembrados en caldo adicionado de la misma cantidad de bilis de buey, rica en glicocolato). Pero no debe insistirse demasiado sobre una propiedad que seguramente es muy restringida. Létienne nos ha demostrado la facilidad con que la bilis podía infectarse en el cadáver; las investigaciones anteriores de Capeman y Winston, así como las más recientes de Corrado, no dejan ningún género de duda acerca de este punto.

Para realizar la antisepsia de la glándula hepática y de las vías biliares hay que recurrir, pues, á agentes más activos. Numerosos agentes de la serie llamada antiséptica son susceptibles de eliminarse por las vías biliares, y conocemos en parte la lista desde las investigaciones de Prévost y Binet. Pero se trataba de determinar si entre estas diversas substancias había algunas que mezcladas con la bilis tuvieran la propiedad de retardar ó de suspender, con preferencia á ciertas otras, la proliferación de los gérmenes morbosos. Esto es lo que hemos procurado fijar con Baron, estudiando sucesivamente el poder bactericida de la bilis

asociada con los agentes antisépticos empleados diariamente (salol, salicilato de sosa, naftol, clorato de potasa, benzoato de sosa, calomelanos, etc.). Los resultados de estos numerosos experimentos realizados en el laboratorio del profesor Arloing, han sido publicados en parte por Baron en su importante monografía inaugural, y son concluyentes: el *salicilato de sosa* y el *salol* son en su clase los medicamentos de elección; retardan ocho días los cultivos de coli y de estafilococos blancos, siendo así que las demás substancias no los retardan más que tres días. Hasta hemos visto que el salicilato de sosa mezclado con la bilis moderaba de una manera notable el poder fermentativo del coli, y aun al cabo de quince días estos mismos cultivos de coli, mezclados con bilis salicilada, no enturbiaban todavía el caldo en el que se habían sembrado.

3.° Para *descongestionar el órgano*, dos medios generales se ofrecen á nuestra intervención: son (fuera de la revulsión cutánea sobre la que no creemos necesario insistir aquí, aunque en muchos casos es capaz de prestar servicios), los *purgantes* y los *colagogos*. Los purgantes, sobre todo los laxantes salinos, provocando una exudación serosa abundante, determinan una depleción marcada de todo el sistema porta, y consecutivamente del aparato hepático en su conjunto. Los colagogos, activando la secreción de la bilis, obran en el mismo sentido; además tienen la ventaja, acelerando la corriente biliar, de proteger estas vías de excreción contra la invasión microbiana, de luchar contra la condensación de los productos de secreción y de prevenir el desarrollo del catarro mucoso, que con tanta facilidad se convierte en litógeno.

A propósito de estas consideraciones de terapéutica general, no nos incumbe tratar este punto limitado de la terapéutica del hígado, tan bien expuesto, por otra parte, en la notable monografía de Prévost y Binet. Lo que solamente tenemos que poner de relieve en este lugar es el punto interesante de fisiología patológica general, á saber: que los mejores antisépticos biliares son los mejores colagogos, y en este concepto el *salicilato de sosa* y el *salol* ocupan indiscutiblemente los primeros puestos de la lista entre los medicamentos realmente colagogos, sobre todo el salicilato de sosa, conforme á los primeros trabajos de Rutherford y á los experimentos más recientes de Prévost y Binet ó de Stiller, que hemos tenido ocasión de comprobar de una manera absoluta. Por otra parte, los casos clínicos publicados por Cassaët y Cornet, Galliard, G. See, Chauffard y muchos otros, se adaptan admirablemente á los resultados de la experimentación. En cambio, hay un hecho que hemos comprobado positivamente con V. Baron y que no deja de tener su importancia práctica, y es que, al contrario de lo que podía preverse fundadamente del poder colagogo de

los *calomelanos* ó del *sublimado*, dado que el mercurio se elimina con certeza cuando menos en parte por la secreción biliar, puesto que puede descubrirse en ella por el análisis, las sales mercuriales, sobre todo los calomelanos, no son colagogos. Es fácil comprobarlo en el perro que tenga una fístula biliar con ligadura del colédoco. Los calomelanos son un antiséptico intestinal de primer orden; pero cuando se quiere emplear su acción en el tratamiento de las enfermedades del aparato hepático, hay que invocar otras propiedades; sus pretendidas cualidades antisépticas y colagogas son discutibles en absoluto.

Creemos clínicamente en la acción colagoga del *boldo*, aunque esta propiedad no se desprenda de una manera clara de los experimentos de Prévost, Binet, Quinquaud, Laborde, etc. En cuanto á la del aceite de olivas, parece indiscutible, pues los hechos patológicos están de acuerdo con los resultados experimentales de Rosenberg, Combemale, etc.

Sin embargo, creemos que el mejor de los colagogos es todavía la *bilis*, ó mejor las *sales biliares*. Pero esta acción colagoga de la bilis, admitida por los fisiólogos y hasta indicada en los libros de terapéutica, ha sido poco utilizada por el médico. En nuestra comunicación al Congreso de Burdeos, hemos procurado demostrar todo el beneficio que podría obtenerse de su administración al interior, precisamente desde el doble punto de vista colagogo y antiséptico. Habíamos visto, sin embargo, al profesor B. Teissier, mi padre, utilizar sus propiedades amargas para combatir la sed de los diabéticos. Creemos que la bilis tiene una acción más compleja y propiedades más elevadas; es un colagogo poderoso y un colagogo biliosecretor; hemos visto muchas veces, de dos años á esta parte, la secreción biliar, agotada desde mucho tiempo, volver otra vez á la vía intestinal bajo la influencia de la administración cotidiana de $0^{gr},40$ á 1 gramo de bilis de cerdo ó de buey (Jardon ha demostrado que podrían administrarse al animal sin acción tóxica 10 gramos de bilis por kilogramo de su peso). Pero estamos bien dispuestos á admitir con Jardon que la bilis es un excitante poderoso de las funciones de la célula hepática, y que las diversas propiedades de este elemento glandular, propiedad glicogénica, antitóxica y otras, son despertadas por la acción de la bilis ó de sus sales. ¿No es á esta propiedad y á la excitación parcial de la función glicogénica que deberá atribuirse esta mejoría indicada en la diabetes por B. Teissier?

Volveremos sobre este punto al ocuparnos más adelante del tratamiento de la insuficiencia hepática.

B.—MEDICACIÓN CURATIVA

La medicación curativa comprende el conjunto de medios, tanto quirúrgicos como médicos, propios para combatir la afección una vez declarada. No podemos revisarlos todos; son múltiples, pues es muy variado el número de determinaciones patológicas susceptibles de atacar el órgano hepático. Sin embargo, mirándolo atentamente, estas determinaciones, tan complejas en apariencia, pueden reducirse á *cuatro tipos principales:* 1.° desde luego la *infección*, dando á esta palabra su sentido más lato, según hemos dicho anteriormente, y refiriendo á ella el proceso litiásico, que es generalmente su consecuencia natural; 2.° después las *inflamaciones crónicas*, que dependen las más de las veces de una *intoxicación* exógena ó endógena, cuyo resultado es la proliferación del tejido conjuntivo intersticial y el desarrollo de diversas modalidades clínicas de la cirrosis; 3.° vienen luego toda la serie de las *supuraciones*, ya sean en apariencia primitivas, como algunos abscesos voluminosos del hígado, ya sean consecutivas á una angiocolitis calculosa, por ejemplo, ó á un quiste hidatídico que ha sufrido la transformación purulenta; 4.° se observan las *degeneraciones*, ora cancerosas, es decir, hasta la fecha incurables, ora *quísticas*, esto es, tratables por una intervención seguida generalmente de éxito. De intento prescindimos de la obstrucción del colédoco con su corolario necesario la ictericia crónica con la insuficiencia hepática ó la ictericia grave como términos habituales, pues esta última modalidad morbosa entra preferentemente en el cuadro de las complicaciones. El agente curativo deberá dirigirse contra una de estas cuatro modalidades:

1.° *Las infecciones* deben tratarse sobre todo por el método antiséptico, sobre el cual nos hemos extendido suficientemente con motivo de la profilaxia, el que no sólo tiene la propiedad de prevenir la invasión microbiana de las vías biliares ó de los diversos departamentos vasculares del hígado, sino que también puede detener esta infección una vez realizada, como en las ictericias infecciosas, en la colecistitis post-dotienentérica, en las angiocolitis piógenas ó también en ciertas ictericias de tipo con frecuencia grave que se sobreañaden á una antigua litíasis, una cirrosis ó un cáncer hepáticos.

Para conseguir este resultado tenemos á nuestra disposición toda la gama de los antisépticos que ya hemos enumerado, desde el *salicilato de sosa* y el *salol* hasta el *benzoato de sosa*, el *betol*, el *naftol*, etc.; pero de estos diversos medicamentos el más precioso sin género de duda es el *salicilato de sosa* que, en casos verosímilmente muy graves, ha producido

verdaderas resurrecciones; es un antiséptico muchas veces maravilloso, el medicamento de elección, el cual justifica bien la propiedad que le hemos reconocido en el Congreso de Burdeos cuando le llamábamos el medicamento del desfallecimiento hepático, comparándolo con la digital, verdadero remedio contra el desfallecimiento del corazón.

Pero la antisepsia hepática no se realiza tan sólo por la vía gástrica ó portobiliar; el medicamento en casos más limitados puede llevarse directamente al hígado por la vía cutánea, como, por ejemplo, en el tratamiento de los quistes hidatídicos del hígado, según los métodos vulgarizados hace algunos años por Ménard, de Burdeos. En tal caso, generalmente se recurre al sublimado, el cual se inyecta, bien en forma de solución acuosa simple, bien en forma de *licor de van Swieten*.

2.° *Las inflamaciones crónicas*, sean generalizadas, como en las diversas especies de cirrosis, ó localizadas, como en los gomas de la sífilis, deben someterse todas á la administración de los *alterantes;* en general, se utilizan para este objeto los *yoduros*, los *mercuriales* y los *alcalinos*. El yoduro de potasio ha prestado con frecuencia señalados servicios en el tratamiento de las hepatitis; de efectos curativos ciertos cuando se trata de hepatitis específica, lo han sido también á veces, en algunos casos de cirrosis alcohólica, cuando empleados á dosis progresivamente creciente hasta 10 gramos diarios por término medio, siguiendo el método de Semmola, han podido ser tolerados por el estómago y no han encontrado en el desfallecimiento cardíaco una contraindicación formal. Es éste un punto de terapéutica general que encuadra bien en este estudio de conjunto, y es que el yoduro de potasio es de una administración delicada y debe estar sometido á una vigilancia muy completa, y dado que varias de estas hepatitis crónicas pueden ir acompañadas de miocarditis ó provocar por vía refleja la dilatación de las cavidades derechas, se han presentado muchas veces crisis de asistolia aguda después de su administración prolongada.

Como en el yoduro, lo que se utiliza en los *mercuriales* es su propiedad de ser fijados en cierto grado por la célula hepática y de eliminarse también en parte por las vías biliares. En Francia, se recurre generalmente á los *calomelanos;* en Inglaterra, se emplean preferentemente las *píldoras azules* ó el *polvo gris*, tratándose de una medicación verdaderamente curativa. Hemos visto muchos enfermos que presentaban congestión hepática manifiesta con aumento del volumen del órgano y amenazados de hepatitis, que han debido su curación al empleo de los calomelanos administrados sistemáticamente á la dosis de $0^{gr},01$ á $0^{gr},03$ por la mañana, durante veinte días consecutivos, con el cuidado de

repetir este tratamiento al cabo de dos ó tres meses. Pero pueden administrarse también los calomelanos á dosis masiva, es decir, como purgantes; y para ciertos clínicos, Nothnagel entre otros, serían el laxante de elección para emplear en las congestiones hepáticas por estancación de origen cardíaco, antes de recurrir á la administración de la digital.

Los *alcalinos* tienen una acción más compleja; pueden obrar también localmente, es decir, por influencia *tópica*, bien porque favorezcan la producción de esos jabones que, en las vías biliares, mantienen la conservación molecular del coleato de sosa, agente esencial de la disolución de la colesterina, bien porque exciten la vitalidad de la célula hepática y provoquen en este concepto la exaltación de la función glicogénica, función tan necesaria para el sostenimiento del buen equilibrio nutritivo y para asegurar la resistencia perfecta de la célula glandular. Pero los alcalinos pueden ser útiles en otros conceptos: favoreciendo la digestibilidad de las substancias grasas, se convierten en coadyuvantes importantes de la antisepsia intestinal, y luchando contra los inconvenientes de la discrasia ácida, dificultan de rechazo el desarrollo del tejido esclerósico, terminación frecuente de la evolución artrítica. Se comprenden de este modo las múltiples aplicaciones que pueden tener con frecuencia en la terapéutica curativa de las enfermedades del hígado, y su eficacia á veces maravillosa es lo que ha dado justa reputación á las aguas calientes de la Grande-Grille y del Hôpital, en *Vichy*, y de Sprüdel en *Carlsbad*.

Hemos visto anteriormente el papel á veces importante que tenía la peritonitis con ascitis en la producción de la cirrosis hepática; de lo que se deduce que el tratamiento de la ascitis puede convertirse en un medio directamente curativo de la hepatitis consecutiva. Por otra parte, son ya numerosos los casos de cirrosis alcohólica de tipo mixto con hígado voluminoso, cuya curación se ha obtenido por una serie de punciones, sobre todo si el tratamiento se ha aplicado de una manera precoz. Poseemos también las observaciones de Dieulafoy, padre, y de B. Teissier, que demuestran que esta curación se consigue más rápidamente después de las *inyecciones yodadas intraperitoneales*. Con nuestros conocimientos patogénicos actuales, comprendemos bien el mecanismo posible de las curaciones realizadas de este modo; pero estas inyecciones son dolorosas y muchas veces pueden determinar serias complicaciones. El profesor Potain ha recurrido recientemente á un método exento de todo peligro y con el cual parece se han de lograr buenos resultados, sustituyendo la inyección medicamentosa por la *inyección de oxígeno esterilizado* en la cavidad peritoneal inmediatamente después de la punción. Además de los hechos de tan buenas augurios de que hemos sido testigos en su clínica, hemos

obtenido también resultados tan notables que bien pueden considerarse como ejemplos de curación cuando menos sintomática (no nos atrevemos á decir anatómica) de la cirrosis del hígado.

Esto nos lleva á decir algo sobre las *intervenciones quirúrgicas* en las enfermedades del hígado, aunque no sean de nuestra incumbencia. No podemos desentendernos de ellas, ya que son elementos curativos por excelencia, puesto que, trátese de un absceso del hígado ó del empiema de la vesícula, de un quiste hidatídico que ha de puncionarse ó de abrirse, ó bien de una colecistotomía que ha de praticarse con desagüe en el intestino ó sin él, cae siempre bajo la jurisdicción y responsabilidad del médico, tanto la elección y el carácter de la intervención, como la determinación del momento en que debe practicarse. ¿No es el conocimiento exacto de la evolución natural de los cálculos en las vías biliares, y de las complicaciones susceptibles de producirse según el punto preciso del atascamiento calculoso, en lo que se apoyará el juicio del cirujano y lo que le inclinará á que se determine por una colecistotomía simple ó una colecistectomía? ¿No es también él quien fijará el momento de la intervención y quien, por el estudio minucioso de los síntomas, así como por la interpretación razonada de los resultados del análisis urinario, determinará de una manera precisa el grado de resistencia de la célula hepática y fijará la hora de su desfallecimiento, como también podrá impedir una intervención demasiado prematura, cuando una ictericia persistente desde varios meses habría podido hacer temer las más graves consecuencias? Acabamos de presenciar uno de estos casos á propósito para proporcionar al médico la noción precisa é íntima del valor práctico de tales conocimientos: uno de nuestros enfermos, afecto ya desde varios meses (trece ó catorce) de ictericia crónica debida á una obstrucción completa del colédoco, según indicaba la intensidad de la amarillez y la decoloración absoluta de las heces, se presentaba en tales condiciones de enflaquecimiento y de disminución general de sus fuerzas, con reaparición casi periódica de los cólicos é intensos accesos hepatálgicos, que varias veces ya habíamos discutido la oportunidad de una intervención radical, fijando desde luego nuestro parecer en favor de una colecistoenterostomía; pero dos cosas nos habían hecho contemporizar; en primer lugar, al tercer mes de la enfermedad, el curso normal de la bilis se había restablecido durante unos quince días, para detenerse después á consecuencia de un cólico provocado por un ligero purgante, y no desesperamos de ver que se produjera espontáneamente la desobstrucción como la primera vez; en segundo lugar, durante todo el curso de la enfermedad, el paciente, que se nutría de una manera suficiente con tres litros de leche por término

medio, no había presentado ni una sola vez glucosuria alimenticia, aun después de la absorción de 150 gramos de glucosa, y nunca el examen espectroscópico de su orina había puesto de manifiesto la raya reveladora de la urobilina. En estas condiciones afirmábamos la integridad de la célula hepática y su admirable resistencia, y en tanto que esta célula no desfalleciera, no teníamos nada que temer y podíamos esperar. El tiempo nos dió la razón. Merced á masajes repetidos de la vesícula y á la administración sistemática del aceite de olivas y de la bilis de cerdo, el cálculo obturador pudo ser eliminado, y hoy que han transcurrido tres meses de este favorable resultado, se conserva la curación; la nutrición es perfecta y el enfermo ha aumentado más de 10 kilos de peso.

C. — MEDICACIÓN SINTOMÁTICA Y DE LAS COMPLICACIONES

Toda enfermedad del hígado, aun la más silenciosa en apariencia, provoca cierto número de accidentes y determina reacciones orgánicas que varían según las disposiciones constitucionales de cada individuo.

Hay que tener en cuenta también la naturaleza anatómica de la lesión hepática; sus manifestaciones funcionales varían necesariamente según el sitio, la extensión y el papel del territorio alterado. Y no solamente las reacciones sintomáticas variarán según las diversas manifestaciones patológicas; el dolor, por ejemplo, consecuencia casi necesaria de la emigración de un colelito, será excepcional en el quiste hidatídico, el cáncer ó la cirrosis, á no ser que un brote agudo de perihepatitis haya provocado manifestaciones de orden sensitivo con frecuencia intensas.

Pero podrá suceder que una misma lesión anatómica, que un trastorno patológico de orden idéntico determine reacciones sintomáticas distintas; así, por ejemplo, el cólico hepático, que provocará en un enfermo dolor y vómitos, determinará en otros reflejos cardíacos con amenaza sincopal; en éste, el síndrome de angor pectoris ó una crisis de hiperclorhidria; en el de más allá, revestirá el aspecto de un brote de peritonitis, á menos que se manifieste simplemente, como en ciertos viejos, por algunos accesos febriles sin dolor epigástrico ó cístico.

Lo mismo sucede en la cirrosis del hígado que, según la disposición del tejido esclerosado, provocará la ictericia ó la ascitis, y á veces los dos fenómenos simultáneamente; determinará en éste hemorragias intestinales precoces ó crisis diarreicas, ó terminará en otro por ruptura de una variz esofágica.

Esto indica claramente que después de la medicación preventiva, cuya importancia hemos demostrado antes, después de la medicación

curativa, que es la medicación esencial, se impone una medicación sintomática, que se aplicará á remediar los inconvenientes próximos ó remotos, muchos de los cuales pueden revestir el aspecto de complicaciones graves, susceptibles de manifestarse en el decurso de toda enfermedad del hígado.

No tenemos ni espacio ni la intención de hacer aquí la enojosa enumeración de todos los medios propios para combatir estas manifestaciones sintomáticas, tan mudables, movibles y variables. Nos limitaremos á indicar las principales indicaciones que el práctico debe cumplir con más frecuencia, con los caracteres esenciales de las intervenciones que de ellas se desprenden.

1.° *El dolor.* — Se combatirá con diversos procedimientos, según tenga su punto de partida en una excitación periférica (perihepatitis ó inflamación peritoneal circunscrita) ó en una excitación de los nervios sensitivos de las vías biliares. Mientras que en un caso deberá recurrirse á la *revulsión* y á las aplicaciones calmantes, en el otro nos serviremos de los antiespasmódicos, el *éter*, el *cloral* y la *morfina*. El dolor debe combatirse, no tanto por lo humanitario, sino especialmente porque puede ser el punto de partida de accidentes muy graves (espasmos ó reflejos inhibitorios), de los cuales el síncope por reflejo sobre el pneumogástrico es el tipo más temible. Pero habrá que recordar siempre que las afecciones del hígado con frecuencia van acompañadas de alteraciones similares por parte de los riñones, y habremos de comprobar su integridad para regular el modo de administración y las dosis de los narcóticos.

2.° *La ictericia* también es un síntoma frecuente de las afecciones hepáticas que, por su parte, puede dar lugar á inconvenientes especiales que requieran las intervenciones terapéuticas correspondientes; unas veces serán de poca importancia, como la comezón que es la consecuencia de la fijación del pigmento en los elementos anatómicos de la capa de Malpighio, pero que, sin embargo, por su intensidad, pueden provocar malestar nervioso, insomnio rebelde, y hasta fenómenos de excitación cerebral, y por esto mismo merecen ser combatidos enérgicamente; la impregnación de ciertas células parenquimatosas por los mismos elementos de la bilis puede comprometer también la nutrición de una manera grave, sobre todo cuando suspende la actividad celular de los elementos que desempeñan un papel esencial en los medios de defensa del organismo, y sabido es que, en este concepto, la célula hepática representa un papel de primer orden. Otras veces, por último, las sales biliares ejercen su acción tóxica sobre el miocardio y los capilares periféricos, y provocan fenómenos de hipotensión brusca, que comprometen la existencia de una manera inmi-

nente y legitiman las *inyecciones de suero artificial*, á las que se ha recurrido varias veces con éxito en semejante caso.

3.° *Fenómenos sintomáticos de orden reflejo* excesivamente variados pueden aparecer en el curso de las enfermedades del hígado, desde las intermitencias cardíacas más comunes hasta la suspensión última ó las crisis de asistolia aguda, tan bien estudiadas por Potain, hasta los síntomas de estrangulación intestinal, ó esas paresias vasomotoras periféricas, origen de estos edemas, muchas veces muy importantes, no obstante, sin que pueda invocarse ninguna causa mecánica para explicar su producción. A cada una de estas diversas manifestaciones corresponde una terapéutica variada, los estimulantes difusibles, la *cafeína* ó la *digitalina* para las manifestaciones cardíacas según los casos; el *enema eléctrico* para despertar la contractilidad intestinal accidentalmente suspendida. Indiquemos de paso los favorables efectos obtenidos para calmar los reflejos cardíacos que tienen su origen en las excitaciones de las vías biliares, por la administración del *bromhidrato de amoníaco* en enemas de *infusión de valeriana*, según el método del profesor Potain.

4.° *La fiebre* es también un síntoma que necesita una intervención especial. Ésta dependerá seguramente de la causa inmediata de este síntoma, y ante todo habrá que buscar su punto de partida: abscesos, quiste supurado, angiocolitis ó accesos hepatálgicos simples, debida á la reabsorción efímera de substancias tóxicas ó de los elementos infecciosos que hayan invadido las vías biliares. Otras tantas condiciones opuestas implicarán una terapéutica muy distinta: ora será una simple incisión, según el método de Stromeyer Little, ó bien el *salicilato de sosa* puro ó unido á la *quinina* para combatir la intermitencia de los accesos.

5.° *Los trastornos gastro-intestinales* y *las hemorragias* requieren á veces también sus indicaciones particulares, fundadas, á su vez, en el valor semiótico que se atribuye á su presencia. Si la diarrea se nos presenta como un fenómeno vicariante, como una descarga eliminadora destinada á compensar la insuficiencia destructiva del hígado para los venenos, habrá que respetarla; al contrario, si tenemos algún motivo para considerarla como premonitoria de una invasión entero-peritoneal tuberculosa, manifestación bastante común en el curso de la cirrosis, habrá necesidad urgente de intervenir por los medios apropiados ó por la dietética que juzguemos apta para detener el proceso ulcerativo de la tuberculosis. Las hemorragias tendrán también su tratamiento especial, sobre todo la terapéutica preventiva, pues nos parece muy evidente en la actualidad que la autointoxicación y la infección representan un papel

importante en su producción, como lo prueba el molimen febril que muchas veces precede á su aparición.

6.° Los *fenómenos de intoxicación,* consecuencia de la supresión total ó parcial de la función de la célula hepática, impondrán una intervención farmacológica ó una dietética proporcionada á su importancia. Cuando se limiten á cierto grado de debilidad ó de demacración que dependa de la disminución de la función glicogénica y de la mala asimilación de las substancias grasas, consecuencia obligada de la restricción de la función biligénica y de la disminución de las cantidades fisiológicas de bilis vertida en el intestino, con frecuencia será suficiente un régimen apropiado para compensar estos inconvenientes; el azúcar administrado de una manera sistemática, al mismo tiempo que las grasas directamente asimilables, como la yema de huevo, junto con algunos antisépticos biliares y una alimentación lo menos tóxica posible, pueden evitar á veces el desarrollo de accidentes más importantes. Pero si nos encontramos en presencia de los graves accidentes de la insuficiencia hepática que se han llamado también fenómenos de uremia hepática, la dietética es insuficiente por sí sola y hay que recurrir á los medios radicales: sangría seguida ó no de inyección de suero artificial para evitar el decaimiento de la presión sanguínea, inyecciones subcutáneas de cafeína, inhalación de oxígeno, en una palabra, todos los medios posibles puestos en uso para combatir los efectos inmediatos de las grandes intoxicaciones de origen orgánico. A estos procedimientos pueden añadirse las inyecciones subcutáneas de líquido orgánico, orquítico ó renal, mientras se espera que los efectos del extracto de hígado, mejor estudiados en sus acciones fisiológicas, hayan sido adaptados á esta terapéutica racional.

Tales son los principales síntomas que, en la evolución de las enfermedades del hígado, suscitan constantemente la sagacidad del práctico, mantienen en tensión su perspicacia, y fuera de las indicaciones causales inmutables relativas á la esencia misma de la enfermedad, solicitan su intervención de una manera tan diferente, según los casos, y á veces tan variada de un día á otro durante el curso de la misma afección morbosa. Pero, en medio de las múltiples indicaciones que llaman á cada instante nuestra atención, hay un objetivo que el médico no deberá perder nunca de vista, y es el siguiente: importa ante todo mantener intactos los medios de defensa del hígado, no solamente como medio profiláctico excelente (repetiríamos aquí la historia de la medicación preventiva) sobre la que antes nos hemos extendido ampliamente, sino como el medio más seguro para evitar, en la evolución de las enfermedades constituídas, los síntomas

graves precursores de alteraciones orgánicas, las más de las veces irremediables. Se aplicarán, pues, todos los medios posibles para conservar la función biligénica, tan necesaria para el buen funcionalismo de la digestión intestinal é indispensable también para dar su correspondiente valor á las demás funciones de la célula hepática; nos ingeniaremos para conservar la integridad del epitelio intestinal, esa barrera avanzada destinada á proteger al hígado (Tannofer y Queirolo) contra todas las causas de intoxicación que lo amenazan por el hecho de la reabsorción intestinal y, por último, para mantener el *buen funcionalismo del riñón*, cuya integridad es tanto más necesaria para luchar contra los accidentes de la auto-intoxicación, cuanto el hígado está parcialmente atacado de decaimiento, y muchas veces las alteraciones propias de la glándula renal bastan para transformar en enfermedades mortales afecciones primitivamente benignas del aparato hepático-biliar.

CAPITULO XLI

TRATAMIENTO DE LA CONGESTION DEL HÍGADO

POR

EDUARDO BOINET

Agregado de las Facultades, Médico de los Hospitales,
Profesor de la Escuela de Medicina de Marsella

TRADUCCIÓN DEL DR. D. JOSÉ A. MASIP

I

Consideraciones generales

A. — DELIMITACIÓN DEL ASUNTO

El dominio patológico de la congestión del hígado es tan vasto como mal limitado; en efecto, se compone de una serie de trastornos circulatorios morbosos que difieren por su duración y su pronóstico, por su patogenia y su etiología, y por sus indicaciones terapéuticas. En realidad, las congestiones del hígado pueden ser *agudas* ó *crónicas, activas* ó *pasivas, mecánicas, reflejas* y *suplementarias;* están relacionadas con variadas causas como las *intoxicaciones* (ya endógenas, ya exógenas), las *infecciones,* las *toxi-infecciones,* ciertas *discrasias,* ciertas *diátesis,* ó bien son debidas á alteraciones *cardiopulmonares.*

A veces la congestión del hígado es benigna, transitoria y no consiste más que en una exageración momentánea de una hiperemia fisiológica; otras es *aguda* y depende de una intoxicación gastro-intestinal, de una enfermedad infecciosa, sobre todo de la malaria; con frecuencia se acentúa y persiste por la influencia de incitaciones morbosas intensas, repetidas y prolongadas, y se convierte en *crónica;* confina á veces con la enfermedad y entonces es difícil precisar los límites inciertos, indecisos y de determinar exactamente la línea de demarcación que separan la congestión crónica de una hepatitis con proceso esclerósico ó degenerativo. Estas conges-

tiones prolongadas muchas veces son el preludio, el punto de partida de la mayoría de las enfermedades del parénquima del hígado. Una hiperemia duradera á menudo es una candidatura á la esclerosis. El término de congestión crónica es insuficiente en la mayoría de los casos; por esto se ha creado la palabra precirrosis, que frecuentemente es una hipótesis. Los antiguos clínicos, más reservados en su pronóstico, se contentaban con decir infarto; merece que se conserve esta palabra, puesto que, si ciertos estados congestivos del hígado son premonitorios de la cirrosis, no siempre es posible prever si se realizará este sombrío porvenir.

B.—IMPORTANCIA DE UN TRATAMIENTO PRECOZ

Con anterioridad al momento en que la congestión hepática se encuentra en sus confines, muy próxima á una enfermedad del hígado bien confirmada, es cuando hay que apresurarse en instituir un tratamiento activo, enérgico y bien apropiado: entonces es cuando hay que hacer desaparecer esta congestión crónica, este infarto del hígado, usando de una denominación, tan cómoda en clínica, como insuficiente, vaga é incierta desde el punto de vista anatomo-patológico. Esta hiperemia crónica, precirrótica, puede ceder á la acción de una buena medicación y no evolucionar lenta y progresivamente hacia las lesiones de esclerogénesis y de degeneración más profundas, difícilmente curables y muchas veces irremediables, definitivas. Como decía muy bien Frerichs, la terapéutica, en el momento de la congestión hepática, puede aspirar á un éxito, que más tarde intentaría en vano. Este tratamiento precoz de la congestión crónica del hígado presenta todavía otra ventaja: al cabo de algún tiempo, los trastornos circulatorios permanentes van acompañados de trasudaciones perivasculares y de ligera proliferación de las células hepáticas: en estas condiciones las funciones del hígado están perturbadas; no solamente está atenuada la eliminación por la bilis de los productos tóxicos excrementicios, sino que también son menos activas las mutaciones orgánicas, la nutrición y la desnutrición son menos regulares, el hígado ejerce una acción menos completa sobre la fibrina, sobre los albuminoides, sobre las substancias tóxicas venidas del exterior ó procedentes de fermentaciones y de putrefacciones intestinales (Hanot, Teissier, Roger); retiene, anula y neutraliza imperfectamente los venenos conducidos por la vena porta (Heger, Schiff, Jacques, Autenbach, Roger); en una palabra, el organismo está menos protegido con las múltiples causas de intoxicación y de infección que le asedian por todas partes. Sabido es que este papel protector del hígado se ejerce todavía con mayor actividad sobre los microbios que sobre los venenos,

y en la última sesión de la Sociedad de Biología, Roger ha demostrado que un conejo, en cuya vena porta se inyectan cultivos carbunculosos, resiste una dosis sesenta y cuatro veces más considerable que la que es suficiente para ocasionarle la muerte, si penetra por una vena periférica.

En resumen, es de gran interés terapéutico el combatir rápidamente esta congestión crónica del hígado, que disminuye la resistencia del organismo (1) á las diversas intoxicaciones ó infecciones, y agrava su pronóstico restringiendo sus funciones uropoyéticas, desasimiladoras y antitóxicas reservadas á este órgano tan importante. Brown-Séquard hasta indicaba, ya en 1860, parálisis y enfermedades del sistema nervioso (2) debidas á la acción de los venenos retenidos en la sangre del hígado en el curso de las afecciones hepáticas (3).

C.—PATOGENIA

Por último, las consideraciones *a) anatómicas, b) fisiológicas* y *c) patogénicas* siguientes explican la mucha *frecuencia* de las congestiones del hígado y su *patogenia;* permiten también deducir de su *etiología* una serie de indicaciones terapéuticas muy útiles.

1.° Una serie de *disposiciones anatómicas* especiales predisponen á que el hígado se congestione. En efecto, es un órgano esencialmente vascular, que está atravesado por una doble red sanguínea; la primera está constituída por las numerosas ramificaciones de la vena porta y de las venas suprahepáticas; principalmente es funcional; la segunda es arteriocapilar y preside sobre todo la nutrición. Interpuesto entre el tubo digestivo y la vena cava superior, el hígado es principalmente un órgano bivenoso, y sufre todas las modificaciones circulatorias que se producen, bien en el sistema porta, bien en la circulación venosa general. La ausencia de válvulas en las venas del hígado, y su disposición en una doble red capilar favorecen también la producción de las hiperemias hepáticas.

2.° Varias *condiciones fisiológicas* exponen también el hígado á frecuentes congestiones. La actividad de la circulación sanguínea en el espesor del hígado es, en efecto, considerable; es fácil darse cuenta de ello en las superficies de sección de las incisiones en la abertura de los absce-

(1) Véase Poucel.—*De l'influence de la congestion chronique du foie dans la genèse des maladies*, 1883.

(2) Brown Séquard.—*Course of lectures on the physiology and pathology of the central nervoses*, X.ª lección; Filadelfia, 1860.

(3) Véase Teissier-Pierret.—*Association française pour l'avancement des sciences*, 1889, pág. 360; y Bronner, *These de Lyon*, 1892, n.° 661. Influencia de las enfermedades del hígado en el desarrollo de las afecciones del sistema nervioso.

sos profundos del hígado. Los experimentos de Flügge permiten apreciar que la cantidad de sangre que recorre en veinticuatro horas la vena porta, alcanza cerca de la duodécima parte de la masa sanguínea puesta cada día en circulación. Según las investigaciones de Seegen, 179 litros atraviesan en veinticuatro horas el hígado de un perro de 10 kilogramos de peso; de esto puede deducirse que, en un hombre de 80 kilogramos, esta cantidad de sangre se eleva á la enorme cifra de 1.500 litros equivalente á diez y ocho veces el peso total del cuerpo. Según Sappey, el hígado contiene durante la vida 550 gramos de sangre; deja distenderse fácilmente y Monneret ha podido inyectar en este órgano hasta 900 gramos de sangre.

Las condiciones fisiológicas especiales en que se efectúa la circulación del hígado, lo exponen también á la congestión. Se sabe, en efecto, que la sangre antes de llegar al hígado por el tronco de la vena porta, ha atravesado ya una red capilar que disminuye su tensión venosa; así su presión oscila en esta vena de 7 á 20 milímetros de mercurio; por último, la velocidad de la sangre, amortiguada por la dirección vertical de la vena porta y por la falta de válvulas, no llega más que á 33 milímetros por segundo en los gruesos troncos porta, para descender á 5 milímetros en los capilares y oscilar entre un máximo de 4 milímetros y un mínimum de menos de 5 milímetros de mercurio en las venas suprahepáticas. El estar siempre abiertas, su adherencia al parénquima, la tensión mínima que existe en la red suprahepática, la acción aspiradora del diástole de la aurícula derecha, que con la cava superior forma una especie de divertículum de este territorio venoso, la aspiración de la sangre durante la inspiración (Haller, 1764, Shaw, 1842, Ch. Bernard), constituyen con el peristaltismo intestinal y las contracciones rítmicas del tronco de la vena porta, los medios fisiológicos que aseguran la circulación intrahepática.

Está favorecida sobre todo por las inspiraciones amplias que pueden hacer bajar, en las venas suprahepáticas, la presión á menos de 8 milímetros de mercurio; en cambio, la espiración, la dificultad respiratoria consecutiva á lesiones pulmonares, el aumento de tensión en la aurícula derecha á consecuencia de alteraciones valvulares ó miocardíacas, impiden el fácil paso de la sangre en la red de la porta y ocasionan una congestión pasiva en las venas suprahepáticas. Los experimentos y los trazados fisiológicos de F. Franck y Hallion (1) corroboran los efectos de la compresión de la vena cava inferior por encima del hígado y la influencia sobre el reflujo venoso hepático de la insuficiencia tricuspídea funcional.

(1) François Franck y Hallion.—*Arch. de physiol*, 1896, pág. 920, y 1897, pág. 437.

Demuestran que la excitación centrípeta del pneumogástrico á diversas alturas, provoca con frecuencia reacciones vasodilatadoras del hígado y anuncian un estudio más completo acerca la inervación vasodilatadora de este órgano. Estos nervios emanan, según Marc Laffont, de los centros bulbares vasodilatadores bilaterales y simétricos. Es por su excitación que, en el experimento clásico de Cl. Bernard, la puntura del suelo del cuarto ventrículo determina la hiperemia intensa del hígado. Por último, estos vasodilatadores descienden por los primero, segundo y tercer pares dorsales, penetran en el cordón simpático torácico y en los nervios esplácnicos. Según Cavazzani y Manca, los nervios vagos se manifiestan habitualmente dilatadores. Estos detalles acerca la acción reguladora que el sistema nervioso ejerce sobre la circulación hepática son susceptibles de dilucidar, en parte, la patogenia de las congestiones del hígado de orden reflejo. Nos limitaremos á recordar que la exageración de la circulación venosa hepática puede ser producida por la contracción activa del bazo, que exprime mecánicamente en el sistema porta la sangre que contiene (Botkin, Drosdoff y Botschetschk, Pal y Ikalowicz, F. Franck y Hallion). Este dato es útil conocerlo en clínica.

D. — ETIOLOGÍA

Por último, las *condiciones patológicas* que determinan la hiperemia hepática son muy numerosas. Fundándose en su etiología y en su patogenia, pueden distribuirse las diversas congestiones del hígado en los grupos siguientes. Esta división permite deducir cierto número de indicaciones terapéuticas causales.

1.° Congestiones activas

A. — *Agentes tóxicos.* — Las congestiones del hígado que tienen por punto de partida las substancias *tóxicas* ó *infecciosas* tomadas de la superficie del tubo digestivo por las raíces de la vena porta, son con mucho las más frecuentes. *Vena portæ, porta malorum,* decía Stahl en 1698. Tiedemann y Magendie prueban la realidad de la absorción porta admitida ya por Galeno.

Toda la patología del hígado, en el hombre, está sometida á la influencia intestinal (Hanot). Estas relaciones del intestino con el hígado han sido bien estudiadas en el Congreso de medicina de Burdeos en 1894, y fueron objeto de importantes memorias (Hanot, Teissier, Cassaet, Planté, etc.). Por último, las propiedades tóxicas del contenido intes-

tinal se han demostrado por las investigaciones de Panum, Hemmer, Schwenniger, Zulzer, Sonnenschein, Schiffer, Stich, Schmiedeberg, Bergmann, Baumann, Müller, Röhrig, Bouchard y Charrin.

El tubo digestivo contiene tres clases de venenos: los procedentes de las ingestiones, la bilis y las substancias pútridas. Se encuentran también en el intestino substancias químicas, unas solubles, otras insolubles en el alcohol; acetona, ácidos butírico, propiónico, valérico, láctico y acético, indol, escatol, fenoles, cretol, la excretina de Marcet, una cantidad de sales solubles ó insolubles, alcaloides derivados de las bacterias (Selmi, Gautier, Brieger, Tanret), descomposiciones de ácidos del tubo digestivo (Boas), ácidos sulfoconjugados é indican, procedentes de putrefacciones intestinales; se encuentra asimismo una flora bacteriana muy rica (Goodsir, de Bary, Abelous, Moreau y Capitan, Macfadyen, Nencki y Sieber, Escherich, Sucksdorf, Giaxa, Miller, Raczzuski, Bienstock, Lesage, Gilbert y Dominici, Desombry y Porcher). Algunos de estos microorganismos, como el colibacilo y el estreptococo, pueden convertirse en virulentos; otros son patógenos (bacilo de Ebert, de Koch, etc.).

El poder tóxico del contenido intestinal está aumentado todavía por una serie de ptomaínas; por los numerosos alcaloides de la putrefacción, como la neuridina, la cadaverina, la sepsina, la putrecina, la peptotoxina, la midaleína, la colidina; por substancias tóxicas como la trimetilamina, la amilamina (Gautier, etc.); por conservas alteradas (Polin y Labit), por carne de cerdo putrefacta (Du Mesnil, Darnet, Doyen, Ehrenberg, Bouchereau, Noir, Charrin); por la caza, pescado, moluscos pasados ó putrefactos y por botulismo. Por último, la intensidad de las fermentaciones, la pululación de numerosos microbios, del bacilo de Gartner en el botulismo, pueden favorecerse además, como en Kloten y en Birmenstorf, por la ingestión de ternera demasiado joven capaz de formar un excelente medio de cultivo. Según Hanot, los venenos del trayecto gastro-intestinal son producidos, en gran parte, por los microbios que descomponen las substancias ternarias y cuaternarias de la alimentación. A la absorción de todas estas substancias tóxicas á nivel de la mucosa digestiva y á su transporte por la vena porta, son debidas las congestiones del hígado agudas y crónicas que se presentan en los *comilones* (Portal 1813, Andral 1839), los enfermos atacados de *dilatación del estómago* (Bouchard), los *dispépticos* (Hanot y Boix) y los *alcohólicos*. Por razón de su importancia clínica y terapéutica, dedicaremos un capítulo especial al tratamiento de las hiperemias del hígado que están relacionadas con el abuso de los ingesta, con la dilatación del estómago y con las dispepsias. Van Helmont había reconocido ya el papel morboso de

las substancias tóxicas contenidas en el estómago; pero lo exageraba singularmente en su aforismo, que se ha hecho célebre: *gaster sentina omnium malorum*. La patogenia precedente se aplica con frecuencia á la *congestión* hepática de los *países cálidos*, cuyo origen ha dado lugar á tan numerosas discusiones resumidas en el libro de Corre y en el informe de Planté en el Congreso de medicina de Burdeos. Puede estar favorecida por una temperatura elevada, la falta de ejercicio y debida, en parte, al exceso de la ingesta, á una alimentación copiosa y demasiado azoada, al abuso de los condimentos, de los manjares condimentados, de los líquidos alcohólicos, al aumento de la acción tóxica del contenido intestinal y á la cantidad demasiado grande de veneno que el hígado debe neutralizar, aniquilar ó destruir. En estas condiciones el hígado presenta mayor actividad funcional, segrega una bilis más rica en materias colorantes (Rattray) y se encuentra en un estado permanente de inminencia morbosa que disminuye su resistencia y le expone más particularmente á sufrir la influencia de las causas habituales de congestión hepática (enfriamiento, calor, desórdenes en el régimen, mesa copiosa, espirituosos, etc.).

Esta congestión tropical del hígado, simplemente funcional, ha sido puesta en duda por Rattray, Layet, Talmy, Moursou, Cunisset y Corre; Kelsch y Kiener afirman que todas las congestiones tropicales pueden explicarse por la coexistencia de la malaria, de una pneumonía ó de la disentería. He observado, sin embargo, en Hanoï, cierto número de casos en los que verdaderamente no podían atribuirse á estas dos causas habituales de la congestión tropical del hígado, la disentería y el paludismo; pero éstas intervienen, sin embargo, en la inmensa mayoría de los casos.

La congestión del hígado puede ser determinada también por la reabsorción de las toxinas segregadas por el microbio de la *fiebre tifoidea*, del *cólera* y de la *tuberculosis intestinal*. En las diarreas ó disenterías, la flora intestinal con frecuencia es muy rica, sobre todo en los países cálidos (Calmette). Muchas veces la infección y la intoxicación hállanse confundidas en el intestino. Acabamos de observar recientemente, en el servicio de clínica del Hôtel Dieu, tres casos de congestión del hígado que no podían referirse más que á una *apendicitis* ó á *ulceraciones cecales*. Todas estas lesiones, en efecto, disminuyen las funciones activas de la mucosa del intestino en la defensa del organismo (Charrin y Cassin) y disminuyen el papel protector de su epitelio (Stich, Ribbert, Charrin, Denys, Repin, Queirolo).

Por último, una serie de agentes tóxicos, como el *alcohol* contenido en los vinos, los espirituosos, los aperitivos, el ajenjo, etc., el *litargi-*

rio, que sirve para clarificar los vinos, el *ácido salicílico* introducido en la cerveza y en los dulces para detener la fermentación, el *óxido de carbono,* el *ácido fénico,* y por último, los venenos esteatógenos, como el *fósforo* y el *arsénico,* determinan también congestión del hígado al que la vena porta acarrea los venenos procedentes del exterior.

B.—*Agentes infecciosos.*—Las *fiebres eruptivas,* el *tifus,* la *fiebre puerperal,* la *piocmia,* la *fiebre amarilla,* la *fiebre de recaídas,* la *sífilis secundaria* (Murchison), el *reumatismo agudo infeccioso,* y sobre todo el *paludismo,* provocan la congestión del hígado, bien por la acción de las toxinas segregadas por sus microbios, bien por la presencia en el hígado del mismo microorganismo patógeno. En la mayoría de estos casos, la arteria hepática es la que conduce al hígado la infección general, los venenos formados en el interior del organismo ó los microorganismos patógenos. El hematozoario palustre obra como agente esencialmente destructor de los glóbulos rojos de la sangre dentro de los que vive, después da lugar á la formación de pigmentos melanémicos y ocres, exagera, por los residuos orgánicos que determina, las funciones tan múltiples de la glándula hepática. Estas consideraciones explican, en parte, el considerable papel del *paludismo* en la congestión aguda ó crónica del hígado; es tan preponderante que merece especial mención.

1.° Muchas veces las manifestaciones hepáticas de origen palustre toman, en clínica, una importancia considerable é imprimen un sello especial á ciertas formas del paludismo. Estas *fiebres biliosas simples ó hemorrágicas,* las *fiebres remitentes biliosas,* las *fiebres de los bosques,* que con tanta frecuencia hemos observado en el Alto Tonquín, sobre todo en las regiones pobladas de árboles, durante los meses de Junio, Julio y Agosto, van acompañadas de enorme congestión del hígado. Este órgano rebasa habitualmente de tres á cinco traveses de dedo del reborde de las falsas costillas; la ictericia es muy marcada y las hemorragias nasales muchas veces abundantes. Esta congestión aguda del hígado es frecuente en los *accesos simples,* y sobre todo en los *accesos perniciosos;* es muy acusada también en las *fiebres continuas palustres* y en las *tifomalúricas.* Entonces no es más que un fenómeno episódico de estas manifestaciones agudas del paludismo y desaparece con estos accidentes palustres. Estas hiperemias, las más de las veces son transitorias en nuestros enfermos que han tenido un primer ataque de paludismo á consecuencia de la permanencia de una semana en Camargue, durante la época de la vendimia. En los hospitales de Marsella hemos recogido cierto número de observaciones que prueban la absorción del miasma palúdico por las vías respiratorias; pues, por razón del poco precio del aguapié,

varios de estos palúdicos no habían bebido nunca agua en Camargue. En el Tonquín hemos observado también accesos perniciosos en europeos que no habían bebido más que aguas minerales.

2.° Pero cuando el *paludismo* se hace *crónico,* el hígado presenta *hiperemias flegmásicas* que han sido bien estudiadas por ¡Kelsch y Kiener. La congestión hepática aumenta también cuando, en el curso de una intoxicación palúdica crónica, se declaran nuevos accesos de fiebres simples, perniciosos y sobre todo *hemoglobinúricos.* Podríamos citar una serie de casos en apoyo de estas últimas observaciones. En muchos anamitas y en algunos europeos, el *paludismo crónico primitivo* determina anemia crónica y una hipertrofia permanente del hígado y del bazo; pero la mayoría de los europeos habían tenido previamente una serie más ó menos larga de manifestaciones febriles.

En estas variedades de congestión palustre, en estas hiperemias flegmásicas, el hígado pesa á veces 3 y hasta cerca de 4 kilogramos; se comprueba una hiperemia total y general y después una acumulación en los vasos capilares de células migratrices y de leucocitos; es el preludio de la cirrosis palustre.

3.° En la *caquexia palúdica crónica,* las lesiones del hígado son sobre todo degenerativas, pero no entra en nuestro objeto su estudio.

C. — *Discrasias y diátesis.* — Un tercer grupo engloba las congestiones del hígado, debidas, bien á alteraciones discrásicas de la sangre, como las que se observan en el *escorbuto* (Baillou, Portal, Andral), en la *púrpura,* en la *leucocitemia,* bien en estados diatésicos, como el *artritismo,* la *gota* y la *diabetes.* Las hiperemias del hígado dependientes de estas dos últimas diátesis, presentan indicaciones terapéuticas especiales, que se estudiarán en capítulos separados.

D. — *Origen reflejo ó nervioso.* — Las congestiones del hígado correspondientes á este cuarto grupo son bastante variadas. Unas consisten en *fluxiones suplementarias* de las *reglas* ó de la *menopausia,* sobre todo en las mujeres litiásicas. Es sabido también que algunas personas presentan una exacerbación evidente de los fenómenos hepáticos ya existentes, en el momento de la aparición de las reglas. Otras congestiones son complementarias de un *flujo hemorroidal.* Una tercera variedad comprende las hiperemias de *orden reflejo,* dependientes, ya de una pneumonía derecha, ya de cálculos biliares. Las congestiones *a frigore* ó por exceso de calor, las hiperemias activas debidas á un elemento nervioso, á una emoción intensa, á una conmoción cerebral ó medular, entran en este mismo grupo. La patogenia de estas congestiones hepáticas nerviosas ó reflejas es algo obscura; sin embargo, ha sido algo escla-

recida por las investigaciones experimentales en las que la hiperemia del hígado ha sido determinada por la punción del cuarto ventrículo (Cl. Bernard), por la excitación de los vasodilatadores que pasan por los tres primeros pares dorsales (Laffont), por la sección del esplácnico, de los ganglios semilunares ó por la extirpación del ganglio celíaco (Frerichs, Bonome, 1892), y de una parte del plexo solar (Münk y Klebs). A una acción nerviosa de naturaleza refleja son debidos sobre todo los trastornos circulatorios del hígado provocados, bien por una afección local, como el cáncer, los quistes hidatídicos, los gomas, los abscesos, los cálculos hepáticos, la litíasis biliar, bien por lesiones traumáticas (Piorry, Frerichs, R. Bright, etc.).

2.° Congestiones pasivas

Son mecánicas (Murchison); dependen de trastornos cardio-pulmonares y son debidos al reflujo, en las venas suprahepáticas, de la sangre que se estanca en la aurícula derecha y en la vena cava inferior. Esta distensión pasiva de las cavidades derechas está provocada por una lesión valvular mal compensada, por miocarditis, por la sínfisis cardíaca, por la arteritis generalizada (Talamon), por lesiones del pulmón (enfisema, esclerosis, etc.), y por tumores del mediastino. Por último, la compresión directa de la vena cava inferior por un aneurisma de la aorta (Watson) y por un tumor canceroso retroperitoneal, ha podido determinar esta congestión pasiva del hígado.

II

Tratamiento

A. — CONGESTIONES AGUDAS

Casi siempre reconocen por causa una infección ó una intoxicación; las más de las veces la infección no obra sino por los productos solubles que segregan los microbios, por las albúminas nocivas, las ptomaínas, las leucomaínas, las núcleo-albúminas, los fermentos solubles y las combinaciones amoniacales, que son la consecuencia fisiológica de la evolución de los microbios. Las investigaciones experimentales, por otra parte, han demostrado esta acción de las toxinas microbianas en la congestión aguda del hígado; resulta, pues, casi constantemente de una verdadera intoxicación. Numerosas enfermedades infecciosas pueden determinar una con-

gestión aguda del hígado; pero, las más de las veces, la malaria es la que entra en juego; esta hiperemia hepática está favorecida, en los palúdicos, por el enfriamiento, la disentería y sobre todo los excesos alcohólicos. Las intoxicaciones de origen gastro-intestinal son una de las causas más frecuentes de la congestión aguda del hígado; ya la substancia nociva ingerida llega directamente al hígado, el alcohol, por ejemplo; ya los productos tóxicos antes citados son absorbidos, en la mucosa digestiva, por la vena porta y transportados al hígado; unos vienen del estómago dilatado, otros del intestino.

En la congestión aguda del hígado, la primera indicación es recomendar la *dieta*. El enfermo estará sometido á la *leche* á dosis fraccionadas. Al principio se administrará un *purgante salino*, que tendrá la ventaja de desembarazar el tubo digestivo de las substancias tóxicas que puede contener; no deben repetirse demasiado los purgantes por temor de exagerar el elemento congestivo. En los casos de marcado empacho gástrico, en la intoxicación palúdica aguda, es útil que se dé inmediatamente de 1 gramo á 1gr,50 de *ipecacuana*; este medicamento no tan sólo tiene acción evacuante, sino que también, según Frerichs, descongestiona el hígado de una manera mecánica: las contracciones provocadas por los esfuerzos de expulsión comprimirían el órgano hepático por empuje del diafragma. Si hay fiebre, está indicada la *quinina;* en los accesos palúdicos se prescribirán 50 centigramos después del acceso y 75 centigramos de seis á siete horas antes de la reaparición probable de la fiebre palúdica; se recurrirá á las inyecciones subcutáneas de clorhidrato neutro, de bromhidrato ó de sulfovinato de quinina en los casos graves, ó cuando los vómitos impidan la absorción de este medicamento por la vía gástrica (1).

Los *antisépticos intestinales,* como el *benzonaftol*, y el *salol* disminuirán el poder tóxico del contenido gastro-intestinal y evitarán en parte las demás intoxicaciones por putrefacción intestinal; los *calomelanos,* á dosis fraccionadas, cumplirán el mismo objeto y obrarán sobre la hiperemia del hígado. Si el dolor y la palpación ponen de manifiesto una congestión intensa, de forma aguda, con paroxismos sucesivos, brotes de repetición, hay que aplicar *sanguijuelas* en el ano ó *ventosas escarificadas* en la región del hígado, compresas de agua fría renovadas con frecuencia, embrocaciones de *tintura de yodo, vejigatorios* (Pringle, Lind, Portal, Haspel, etc.) y *botones de fuego;* pero estos dos últimos medios de revulsión convienen mejor á las congestiones crónicas del hígado.

(1) Todos los estados agudos contraindican el tratamiento hidromineral; ésta es una ley importante que domina la terapéutica termal.

En resumen, el tratamiento de las formas agudas tiene tanta mayor importancia cuanto á veces terminan por hiperemias crónicas. El hecho es raro en las infecciones agudas con determinación hepática; se ha observado, sin embargo, en el sarampión de los niños (Laure y Honnorat), la disentería, la fiebre tifoidea, el tifus y la pneumonía; pero de todas estas afecciones la malaria es la que, después de haber provocado accesos de hiperemia repetidos, determina con más frecuencia la congestión crónica del hígado.

B. — CONGESTIONES CRÓNICAS

Sean estas congestiones de origen gastro-intestinal, estén relacionadas con el abuso de los ingesta, con la dilatación del estómago, con la dispepsia ó dependan de la gota, de la diabetes ó del paludismo, presentan desde el punto de vista terapéutico una serie de indicaciones comunes. Así, para evitar repeticiones, empezaremos por estudiar de una manera más general los medicamentos aplicables á todas las congestiones del hígado para indicar, en otro capítulo, las particularidades especiales de cada variedad.

1.° Indicaciones terapéuticas generales

A.— La primera indicación terapéutica que se debe cumplir, sobre todo en las congestiones crónicas del hígado de origen gastro-intestinal, consiste en disminuir ó suprimir la acción tóxica del contenido del tubo digestivo: 1.° prescribiendo un *régimen* bien comprendido; 2.° empleando el *método evacuante* (*purgantes* suaves, excepcionalmente *vomitivos*, á veces *lavados* del estómago, y con frecuencia *enemas abundantes* de Krull); 3.° prescribiendo á dosis fraccionadas, divididas, *antisépticos intestinales* compuestos de substancias bactericidas é insolubles. El *salol* es preferible al *benzonaftol*, pues, á consecuencia de su descomposición en ácido salicílico, tiende á cumplir (B) la segunda indicación terapéutica. Ésta se dirige al *hígado*, cuyo poder antitóxico sostiene y aumenta; este órgano contribuye así, por su parte, á anular los venenos intestinales. Para ser más eficaz, la antisepsia deber ser, pues, *hepato-intestinal*. Como algunos venenos se eliminan por la bilis (Orfila, Cl. Bernard, Heidenhein, Héger, Schiff, Roger), está indicado el empleo de los *colagogos* para exagerar su secreción y su excreción. Las *aguas minerales* tienen tal importancia en el tratamiento de las congestiones hepáticas, que las dedicaremos un capítulo especial.

Se ensayará descongestionar directamente el hígado, bien por el *tratamiento local* (revulsiones, botones de fuego, embrocaciones con tintura de yodo, vejigatorios, ventosas secas ó escarificadas, á veces duchas locales), bien por una *depleción sanguínea á distancia* (sanguijuelas en el ano.

C. — Por último, la tercera indicación es patogénica, causal; tiene por objeto apartar, disminuir ó anular los diversos factores etiológicos de la congestión crónica del hígado.

2.° Del régimen en el tratamiento de la congestión crónica del hígado

Su importancia es considerable. Las consideraciones siguientes demostrarán el papel que el alcohol, una alimentación demasiado rica ó hasta comidas demasiado copiosas, desempeñan en el desarrollo de la congestión crónica del hígado. Harán resaltar también la influencia considerable de las fermentaciones, de las substancias tóxicas contenidas en el estómago de ciertos dispépticos y de ciertos gastroectásicos. Justificarán, por último, los minuciosos detalles que necesita el estudio de un régimen bien comprendido.

A. — CONGESTIÓN POR ABUSO DE LOS INGESTA

Si la ingestión de líquidos alcohólicos en mucha cantidad es capaz de ocasionar accidentes hepáticos agudos, produce, en general, congestiones crónicas que sobrevienen progresivamente, sin saberlo el enfermo, que de este modo no se encuentra á tiempo prevenido para modificar sus costumbres. El *alcohol* es el mayor factor etiológico de estas lesiones hepáticas, y en nuestros climas templados el abuso del alcohol, del vino tinto (Lancereaux) más ó menos prolongado ha precedido con frecuencia al comienzo de un infarto del hígado. A la influencia del alcohol hay que añadir la de una *alimentación demasiado rica*, demasiado condimentada, y aun simplemente la costumbre de hacer *comidas demasiado copiosas;* en efecto, es sabido, que fisiológicamente los actos digestivos van acompañados de aumento de volumen del hígado; si este aumento traspasa ciertos límites, el hígado podrá no volver á su volumen normal, y la congestión crónica quedará constituída, del mismo modo que los pulmones, frecuentemente sometidos á inspiraciones forzadas, como en los asmáticos, se convierten inevitablemente en enfisematosos.

B. — CONGESTIÓN DE LOS GASTROECTÁSICOS Y DE LOS DISPÉPTICOS

Si están aumentadas las fermentaciones gástricas ó intestinales, aunque no haya excesos alcohólicos ó alimenticios, el hígado no tolera,

sin reaccionar, el aflujo de materiales insuficientemente elaborados ó de productos tóxicos que, por otra parte, es incapaz de neutralizar. Es así que Bouchard ha comprobado la congestión del hígado en el 23 por 100 de los *dilatados* del estómago, y el hígado voluminoso de los *dispépticos* es conocido desde hace algunos años. Hanot y Boix han podido describir la cirrosis de los dispépticos, y en la práctica es cierto que se encuentran una serie de casos para los que no puede reconocerse otra etiología.

La hiperemia del hígado es debida sobre todo á la acción de una serie de substancias tóxicas contenidas, en tales casos, en el estómago. Así Bouveret y Devic, Ferré y Cassaet han encontrado en él substancias tetanizantes. Además, las fermentaciones son considerables en la hiperclorhidria (Bouveret, Lesage). El ácido propiónico se encuentra en estos estómagos, según Debove y Rémond. Boix invoca particularmente la acción de los ácidos de la fermentación, tales como los ácidos láctico, acético, butírico y valeriánico: existen en abundancia en los estómagos dilatados de los hipersecretores clorhídricos (Mathieu y Rémond, Soupault, Bouveret). Se encuentran también en el toxinas segregadas por los diversos microbios, cuya pululación está favorecida por la hiperclorhidria y la lentitud de la digestión.

Régimen. — Todo alimento, sometido después de la digestión á la absorción intestinal, sufre en el hígado una elaboración especial, tanto si pertenece á los nitrogenados como á los hidrocarburos ó á las grasas; la dieta sería, pues, el régimen ideal para poner este órgano en reposo. Este medio, demasiado radical, no está forzosamente prohibido, pues se trata de buscar los alimentos que son susceptibles de ocasionar menos trabajo á la célula hepática y que, por consiguiente, van acompañados del mínimum de hiperemia. En todo tiempo las *grasas* han sido proscritas del régimen de los hepáticos; los clínicos habían notado que estos enfermos digerían mal los cuerpos grasos y hasta experimentaban cierta aversión por ellos. Sabemos en la actualidad que en estos casos el trabajo digestivo va seguido de una acumulación de gotitas grasas en la periferia del lóbulo, y que la bilis es indispensable para la emulsión de las grasas. La fístula colecisto-intestinal de Dastre permite asegurarse, en efecto, de que los quilíferos se conservan transparentes en la porción que no recibe más que jugo pancreático sin bilis; por último, en contra de la opinión de los antiguos fisiólogos, se puede conservar en buena salud á un animal provisto de una fístula biliar con supresión absoluta del paso de la bilis al intestino, con la expresa condición de excluir toda substancia grasa de su alimentación. Hay que proscribir, pues, los alimentos grasos á los en-

fermos atacados de congestión hepática. Los potajes de legumbres son preferibles, pues, á las sopas grasas.

El hígado modifica también los *albuminoides*. Cl. Bernard, inyectando albúmina de la clara de huevo en la vena yugular de un conejo, ha visto que reaparecía en la orina, mientras que, introduciéndola en la vena porta, no se producía el mismo efecto; la albúmina se convierte en asimilable pasando á través del hígado. Bouchard ha demostrado el mismo hecho con las *peptonas*. En realidad, los hepáticos toleran relativamente bien las *carnes*, y las consideraciones teóricas que acabamos de exponer no son suficientes para hacerlas proscribir; pero hay que elegir aquéllas que sean menos excitantes y de fácil digestión: el pollo cebado, la ternera, el cordero, las patas de carnero ó de cerdo serán preferibles. La carne de buey y el carnero pueden tolerarse en menor cantidad. Dujardin-Beaumetz recomienda la carne muy cocida ó gelatinosa; hay motivo para rechazar del todo las carnes manidas, la caza de pelo y los productos conservados de la carne de cerdo, excepto el jamón poco salado.

Los *huevos* son aceptables para los hepáticos, á pesar de lo que se haya dicho en contrario, y su supresión no tendría verdaderamente razón de ser. El *pescado* no ofrece inconvenientes, con la condición de que sea lo más fresco posible; solamente tendrán que suprimirse aquellos cuya digestión habitualmente es difícil, y en este concepto pueden citarse el salmón, el atún, la caballa y la anguila; hay que prohibir los crustáceos. Lo mismo sucede con las conservas de todas clases, que con demasiada frecuencia han sufrido alteraciones fermentativas. No debe olvidarse que en muchísimos individuos afectos de congestión hepática el abuso del ingesta es lo que ha determinado la enfermedad y que, además de la calidad de los alimentos, hay que limitar la cantidad de los mismos.

Los *hidrocarbonados* no deben rehusarse, excepto en los casos en que la congestión del hígado exista en los diabéticos. Cuando la glicogenia es normal (es fácil darse cuenta de ello por la prueba de la glucosuria alimenticia) pueden aconsejarse los feculentos en cantidad moderada. Si se teme que el trabajo de transformación del almidón ingerido sea demasiado considerable y susceptible de ir acompañado de una excitación desfavorable para el hígado, se suprimirán los azúcares; el enfermo tolerará más fácilmente esta abstención que la supresión de los feculentos.

Hagamos notar también que ciertas funciones del órgano hepático exigen la presencia de una cantidad notable de glicógeno; un hígado que contenga poco ó nada de glicógeno, no detiene los venenos (Roger). Ciertamente que el organismo podría formar glicógeno con los albuminoi-

des, pero esto sería evidentemente para él una operación más complicada que producirlo con los hidrocarbonados.

Las *legumbres* frescas bien cocidas, sobre todo las hortalizas, están autorizadas por todos los autores, y deben tomarse en gran cantidad; lo mismo sucede con las frutas, y sobre todo con las uvas; las curas de uvas tienen un valor indudable. Al enfermo atacado de congestión del hígado le interesa convertirse en vegetalista (Dujardin-Beaumetz, Bonnefoy) si puede acomodarse á este régimen; sin embargo, el médico deberá imponer cierta cantidad de alimentos nitrogenados si la resistencia orgánica desfallece, por ejemplo, en los palúdicos.

La *leche* se permitirá siempre; presenta sus diversos elementos en una forma particularmente asimilable, y procura una asepsia relativa del intestino (Gilbert y Dominici); recordaremos con este motivo que Charrin y Roger han reducido á la mitad los efectos tóxicos y convulsivos de la orina del conejo suprimiendo la potasa de los alimentos y reemplazándolos por leche; además, obra como diurético, y en las formas subagudas será el alimento exclusivo que debe aconsejarse. Los quesos frescos están autorizados, pero los quesos fermentados, que contienen toxinas, serán proscritos. El té y el café son nocivos. Pero lo que debe prohibirse en absoluto á todo individuo atacado de congestión hepática, á menos de que sea caquéctico, es el alcohol en todas sus formas; en cuanto á los líquidos alcohólicos, calificados ó no de bebidas higiénicas, deben entrar, según nuestro parecer, en la misma proscripción, y su empleo no está justificado más que en casos excepcionales.

C. — ANTISEPSIA INTESTINAL

1.° La medicación interna se resume en el empleo de los *purgantes,* de los *antisépticos,* de los *colagogos* y en el uso de las *aguas minerales.* Es preferible servirse de los *purgantes salinos* (sulfato de sosa, de magnesia, etc.) ó *vegetales,* como el ruibarbo, el podofilino y la cáscara. Deben rechazarse los drásticos, por temor de aumentar la hiperemia hepática. La mejor manera de proceder consiste en no emplear sino pequeñas dosis repetidas con frecuencia; así pues, se prescribirán 15 gramos de sulfato de sosa dos veces por semana. Este método evacuante se completará, como medio excepcional, con los *vomitivos.* La ipecacuana tendría la ventaja, no sólo de desembarazar el estómago de cierta cantidad de substancias nocivas y de determinar efectos purgantes, sino que también descongestionaría mecánicamente el hígado por los esfuerzos de vómito (Frerichs). Los *lavados del estómago* con soluciones bicarbonatadas extraerán las substancias estancadas en ciertas dilataciones gástricas

y disminuirán, si hay lugar, la hiperclorhidria. Los *enemas abundantes fríos* de uno á dos litros, preconizados por Krull, en 1877, prestan servicios en la congestión crónica del hígado, como en la ictericia catarral; parece que obran excitando activamente la circulación hepática y determinando espasmo de los conductos biliares: bajo la influencia del impulso sanguíneo, el hígado se libra de sus residuos nutritivos estancados, y esta gran cantidad de agua disminuye el poder tóxico del contenido intestinal.

2.° Este importante fin se cumple mejor por los *antisépticos intestinales*, que deben estar compuestos de substancias bactericidas y poco solubles; es preferible administrarlos fraccionados, divididos, para aumentar su contacto con los fermentos figurados y las substancias tóxicas fabricadas á nivel del intestino. Haagen y Jaffé han estudiado comparativamente los efectos antisépticos del *salol*, del *timol*, de la *naftalina* y del *yodoformo*. El salol es preferible, pues desdoblado únicamente por el contacto con el jugo pancreático, no puede perturbar las funciones gástricas; proporciona además ácido salicílico, que se elimina por la bilis. El yodoformo, según estos experimentadores, no presenta más que una acción antipútrida insignificante; sin embargo, Morax ensalza sus efectos antifermentescibles. El *naftol*, el *benzonaftol* y el *betol* son también buenos antisépticos intestinales. Los *calomelanos*, descomponiéndose en el intestino en sublimado y en sulfuro de mercurio, obran como antisépticos; conviene no administrarlos con este objeto más que á dosis fraccionadas, con prudencia y con intervalos más ó menos aproximados.

3.° *Antisepsia general.* — No debe olvidarse que todo enfermo afecto de congestión crónica del hígado es un candidato á la insuficiencia hepática; es el supremo peligro que hace entrever á veces la eventualidad de la ictericia grave. Disminuir por tanto la formación de toxinas, eliminarlas y quemarlas, tales son, en definitiva, los tres términos del problema desde el punto de vista del porvenir del enfermo. Si, á pesar del empleo de los antisépticos intestinales, las toxinas han acabado por penetrar en la circulación, hay que eliminarlas; la *leche* limitará su producción y aumentará la diuresis. Los enemas abundantes fríos gozan, independientemente de su acción directa sobre la circulación hepática, de la propiedad de acrecentar la secreción urinaria. Por último, será necesario activar las combustiones, y entonces habrá llegado el caso de emplear el método oxidante de Alberto Robin, los *benzoatos alcalinos*, el *ácido hipúrico*, las inhalaciones de *oxígeno*, el ejercicio al aire libre, las fricciones cutáneas excitantes y el masaje.

D — COLAGOGOS

Los enfermos afectos de congestión hepática presentan muchas veces el tinte subictérico, las digestiones difíciles y las deposiciones menos teñidas; por último, se encuentra un conjunto de signos que caracterizan este estado que los ingleses llaman *torpor of liver*, (entorpecimiento hepático); se ha deducido de esto que debían excitarse las funciones biligénicas de este órgano utilizándose con este fin los colagogos. Estas substancias tienen además la ventaja de eliminar, con la mayor cantidad de bilis, una proporción más notable de venenos. Es sabido que el papel de emunctorio de la bilis se ha demostrado de un modo indudable por las investigaciones de Orfila, Cl. Bernard, Chrzonszczewsky, Heidenhein, Peiper, Mosler, Heger, Schiff, Charrin, Camara-Pestana y Roger.

Los colagogos comprobados son raros. Como los experimentadores (Rutherford, Röhrig, Baldi, Paschkis, Prévost y Binet, Dufourt) no han realizado sus observaciones en las mismas condiciones, los resultados son muy diversos; por esto en las tablas que se han hecho sobre el poder colagogo de diversas substancias se notan flagrantes contradicciones. Desde este punto de vista no hay realmente más que la misma *bilis* y el *salicilato de sosa* cuya acción esté fuera de dudas. Es muy probable que las pequeñas cantidades de bilis que pueden administrarse sin perjuicio para el estómago no tengan más que una acción muy ligera; sin embargo, no deberemos dejar de recurrir á ello, pudiendo prescribirse ventajosamente las píldoras de Hufeland:

Extracto de bilis de buey.	aa. . . .	3 gramos
Jabón medicinal.		
Ruibarbo en polvo		
Extracto de taraxacon		c. s.

Para 100 píldoras: de 5 á 10 diarias

El uso de las sales biliares merecería sin duda entrar en la práctica. Se dará el salicilato de sosa, pero con prudencia y en los casos tórpidos, pues se le ha acusado de congestionar el hígado (Lépine); el *benzoato de sosa*, menos activo, puede emplearse sin inconveniente. El salicilato de sosa tiene también la ventaja de retardar el desarrollo de las colonias microbianas en la bilis (1). El *salol* posee, junto con las propiedades colagogas reales, una acción antiséptica útil al intestino y á las vías biliares, puesto que proporciona ácido salicílico después de su desdoblamiento por el jugo pancreático. La *evonimina* y el *podofilino* á dosis moderadas

(1) J. Teissier.—Las relaciones del hígado y del intestino en patología (*Congrès de Bordeaux*, 1895).

(Rutherford), el *ruibarbo* y el *áloes* pueden utilizarse como purgantes; pues si ciertos autores (Rutherford, y Prévost y Binet) les conceden acción colagoga, otros se la niegan. El áloes merece especial mención, á causa de la congestión derivativa que ejerce sobre la circulación venosa del recto; este aflujo de sangre á las venas hemorroidales, no puede ser más que favorable á los enfermos atacados de congestión hepática.

El *boldo*, muy empleado en América en las afecciones del hígado, introducido en Francia por Dujardin-Beaumetz, no es más que un débil colagogo, según Prévost y Binet; pero es un estimulante hepático indudable, y Dufourt ha visto con frecuencia ponerse doloroso el hígado bajo su acción; por esto, según se quiera excitar ó disminuir la actividad hepática, podrá aconsejarse ó proscribirse. Las dosis diarias son: 10 por 1000 en infusión, 1 á 2 gramos de tintura alcohólica, 60 gramos de vino, 30 centigramos de esencia contenida en cápsulas. La *iridina*, substancia resinoide extraída del rizoma del iris versicolor, se emplea en los Estados Unidos á la dosis de 6 á 30 centigramos como purgante y colagogo. Los americanos la prescriben en las afecciones hepáticas, y Rutherford la aconseja en los estados biliosos. La *evonimina* procede de la corteza del *evonymus atropurpureus;* tiene una acción catártica asimilable á la del ruibarbo; está indicada en la congestión del hígado ; es preferible administrar de 15 á 20 centigramos de evonimina á la tarde y dar al día siguiente, para completar los efectos, 60 gramos de agua de Pullna. G. de Mussy recomienda el empleo de una píldora compuesta de: podofilino 25 miligramos, evonimina de 5 á 10 centigramos, extracto de beleño 5 centigramos, la que tendrá efectos purgantes, colagogos y colepoyéticos. La *fitolacina* (de $0^{gr},10$ á $0^{gr},20$), la *sanguinarina* (de $0^{gr},005$ á $0^{gr},010$), la *baptisina* (de $0^{gr},10$ á $0^{gr},30$), la *estilingtina*, el *Chionanthus virginica*, el *hydrastis canadensis* y el *leptandra virginica* tienen propiedades colagogas medianas ó insuficientes; estas substancias, muy usadas en los Estados Unidos, apenas se emplean en Francia. La *jalapa* y la *escamonea* no tienen más que una acción colagoga insignificante. Rutherford considera la *ipecacuana* como un colagogo activo. Por último, el *eléboro*, la *celidonia mayor*, la *brionia*, el *euforbio*, la *milenrama*, el *enebro*, el *jaborandi* y sobre todo la *anémona hepática* se han considerado sucesivamente como modificadores de la secreción del hígado. Esta planta goza, sobre todo en el mediodía de Francia, de reputación popular.

Llegamos á dos medicamentos consagrados por la práctica en el tratamiento de las afecciones del hígado, y respecto de los cuales todavía no ha cesado la controversia: los *calomelanos* y el *bicarbonato de sosa*.

E. — CALOMELANOS

Las deposiciones que siguen á la administración de los calomelanos tienen una coloración verdosa característica, que Buckheim atribuye á un aumento de la bilis; en este hecho, fácil de comprobar, se ha fundado su reputación. Pero si á un animal con una fístula biliar completa y en el que no puede pasar al intestino ni una sola gota de bilis se le da una dosis purgante de calomelanos, las deposiciones no dejan de tener su coloración verdosa (Prévost y Binet, Dufourt); en este caso, la bilis no ha intervenido, pues, para nada. Es probable que se trate de la formación de un sulfuro de mercurio (Traube). Los calomelanos no son un colagogo, y actualmente parece casi cierto que disminuyen la cantidad de bilis producida en la unidad de tiempo (Scott, Mosler, Kölliker y Müller, Röhrig, Rutherford, Bennet, Radziejewski, Prévost y Binet). Dufourt, de Vichy, acaba de publicar (1) una serie de investigaciones muy interesantes sobre la influencia de algunos medicamentos en la cantidad de bilis y en sus principios constituyentes. A dosis purgante, los calomelanos han disminuído en una mitad (en las nueve primeras horas después de su absorción) la cantidad de bilis excretada por un perro. Esta disminución se ha presentado igualmente en el agua, las sales biliares y los jabones. Tal vez los calomelanos tengan acción sobre la excreción y produzcan contracciones de las vías biliares capaces de acelerar el flujo de la bilis. Actualmente hay tendencia á considerar á los calomelanos como el tipo de los medicamentos bilio-excretores. Köhler cree que los calomelanos pueden aumentar la excreción de la bilis, ya por la supresión del catarro de las vías biliares, ya por la expulsión de los tapones mucosos que se oponen á su libre paso. Launder-Brunton hace notar también que, por razón de la débil presión, que es un elemento favorable para la excreción de la bilis, los calomelanos pueden obrar, bien modificando el ligero catarro duodenal causa de la retención biliar, bien estimulando la peristasis del duodeno y del ileon. Según Murchison, no es imposible tampoco que la irritación ejercida por los calomelanos en el duodeno no se extienda á la vesícula biliar y la excite á contraerse y á desembarazarse de su contenido. De este modo se explicaría, en parte, el aumento de la cantidad de bilis contenida en las deposiciones. Se han dado también otras varias explicaciones para legitimar el valor terapéutico indudable de los calomelanos.

Según Wassilieff, impide las fermentaciones orgánicas y en particular la de los albuminoides; en efecto, en las deposiciones no se encontraría ni indol, ni escatol; es un medicamento antiséptico y un aséptico exce-

(1) DUFOURT. — *Arch. de physiol.*, Julio de 1897.

lente; á estas dos propiedades debe la acción favorable que ejerce en los trastornos de las funciones gastro-intestinales; por último, este autor admite que la coloración verde de las deposiciones es debida simplemente á la persistencia de las materias colorantes de la bilis que, en estas condiciones, no son destruídas por el proceso de putrefacción intestinal. Sin embargo, Steiff afirma que una dosis de 30 centigramos de calomelanos no tiene ninguna acción sobre las fermentaciones y las putrefacciones del intestino, puesto que no disminuye los ácidos sulfoconjugados de la orina. Otros autores explican la acción antipútrida de los calomelanos por su descomposición, ya en sulfuro de mercurio y sublimado, ya en mercurio metálico y en sublimado (Voit, Rabuteau). Esta transformación de los calomelanos en bicloruro de mercurio sería la causa de los equimosis y de las deposiciones sanguinolentas observadas por Riederer en perros á los que había administrado calomelanos. Sin embargo, Buckheim, Verne, Mossé y Adam creen que este medicamento no se transforma fácilmente en sublimado, y según Riederer, la mayor parte del protocloruro de mercurio ingerido se elimina con las deposiciones. Fundándose en los resultados de sus investigaciones experimentales, Ottolenghi sostiene que los efectos terapéuticos y tóxicos de los calomelanos no dependen de su transformación en sublimado; los atribuye á las afinidades de las substancias albuminoideas para con esta combinación mercurial, favorecidas por el ácido clorhídrico y los cloruros alcalinos. Mas como medicamento moderador de los procesos hepáticos (Dufourt) es por lo que los calomelanos obran favorablemente en la congestión del hígado. De todos modos sus beneficiosos resultados están demostrados por la experiencia clínica. Puede darse bien á dosis compactas, de 50 á 80 centigramos, bien á dosis fraccionadas de 10 centigramos. Algunos clínicos emplean con resultado una dosis cotidiana de 1 á 3 centigramos durante mucho tiempo, con intervalos de reposo, durante los que se administran los alcalinos: de este modo se han visto infartos rebeldes del hígado que se han disipado al cabo de algunos meses; pero el tratamiento prolongado por los calomelanos exige una vigilancia particular, pues tiene el molesto inconveniente de determinar con frecuencia salivación mercurial. Para impedir la formación de combinaciones tóxicas, debe evitarse el dar los calomelanos al mismo tiempo que la sal y los preparados cianurados ó á base de ácido cianhídrico. El agua de laurel-cerezo es una substancia incompatible. Puesto que los calomelanos forman en el intestino *sulfuro negro de mercurio*, ha parecido más sencillo á Serres y á Becquerel prescribir directamente esta última substancia. Por último, para reforzar la acción antiséptica y colagoga de los calomelanos, Dujardin-Beaumetz añade 2 miligramos de

sublimado á 10 centigramos de protocloruro de mercurio. Una de estas píldoras se toma en ayunas y no se repite más que con largos intervalos.

F. — BICARBONATO DE SOSA

Todas las hipótesis que se han emitido para explicar la acción del *bicarbonato de sosa* en las afecciones del hígado, han sido inventadas sucesivamente por los fisiólogos, pues no han podido comprobarse de un modo experimental. La cantidad de bilis segregada no aumenta (Nasse, Röhrig, Rutherford, Prévost y Binet, Dufourt), y hasta parece que disminuye á dosis elevada (Nissen); pero las dosis que Nissen llama elevadas son enormes y corresponderían para un adulto á 50 ó 75 gramos de bicarbonato de sosa; probablemente este autor provocaría de este modo trastornos digestivos que deprimirían la función biliar. Sólo Lewascheff y Klikowitsch han encontrado un aumento que es más manifiesto con una pequeña dosis de 1 gramo que con 2 ó 3 gramos. El bicarbonato de sosa no pasa á la bilis y no puede aumentar su alcalinidad como se había dicho (1). Se ha admitido también que la bilis, modificada por los alcalinos, disolvía el moco de las vías biliares inflamadas y ejercía una influencia modificadora favorable sobre el epitelio de estos conductos. Esto es posible. Pero tal vez la acción del bicarbonato de sosa sobre el hígado sea también de otro orden, y se trate de un aumento de vascularización de este órgano, que tienda á renovar más activamente su circulación y á librarlo de todos los residuos nutritivos ú otros en él estancados (Dufourt); esto es, de todos modos, lo que parece suceder bajo la acción de las curas termales alcalinas, como luego veremos.

Hay que añadir á esto la mejoría de las funciones digestivas, que es evidente en la mayoría de estos enfermos y repercute directamente las funciones hepáticas.

En realidad, lo que demuestra que las funciones del hígado se verifican mejor, es el aumento del glicógeno hepático observado experimentalmente en los animales sometidos al uso del bicarbonato de sosa (Dufourt) (2). Se sabe, en efecto, que una de las funciones más importantes del hígado, la valla que pone á los venenos procedentes del intestino, está íntimamente relacionada con la presencia y la abundancia del glicógeno (Roger). El bicarbonato de sosa es acreedor, pues, al lugar que ocupa en la terapéutica de la congestión del hígado y se administrará siempre ventajosamente á los individuos que la padecen.

(1) GLASS.—*Arch. f. experim. Path. und. Pharmac.*, 1892.
(2) DUFOURT.—*Archives de Médecine expérimentale*, Mayo, 1890.

G. — ÁCIDOS MINERALES

No podemos pasar en silencio la medicación por los ácidos minerales preconizados en la India por los médicos ingleses Scott y Annesley, Sydney Ringer y Bartholow. Emplean una dilución hecha con una mezcla de tres partes de *ácido nítrico* y cuatro partes de *ácido clorhídrico;* al cabo de veinticuatro horas se diluye esta mezcla en 25 partes de agua: se hacen tomar de 5 á 25 gotas de esta dilución. Rutherford considera este medicamento como colagogo. Murchison, que estaba en buenas condiciones para apreciarlo, declara que sus efectos son muchas veces nulos ó nocivos, y le concede solamente el que mejora la digestión gástrica en algunos casos; es probable, en efecto, que los ácidos obren sobre todo como antisépticos del tubo digestivo. W. Stewart, en 1879, ha preconizado con insistencia el *cloruro de amonio* á la dosis de 2 á 4 gramos al día en dos ó tres veces. Según Murchison, este medicamento aumenta la diaforesis y la diuresis, disminuye la congestión del sistema porta y alivia los dolores que proceden del hígado. Lo hemos empleado varias veces sin obtener resultados apreciables.

H.—OPOTERAPIA

Con el desarrollo que ha adquirido en estos últimos años el empleo de los extractos de órganos, debía pensarse en hacer uso del extracto de hígado y en diversos sitios se han hecho ensayos de opoterapia hepática. Desde el punto de vista fisiológico, el extracto de hígado produciría el descenso de la temperatura, el aumento de la orina, de la urea, del ácido fosfórico y de las deposiciones más abundantes y hasta diarreicas (Mairet y Vires) (1). Gilbert y Carnot (2) han obtenido algunos buenos efectos en las afecciones del hígado con insuficiencia hepática, y sobre todo la supresión de las hemorragias, que son tan frecuentes en ellas. Esto no son más que premisas y el método tiene necesidad de afirmarse más antes de entrar en la práctica.

I.—AGUAS MINERALES.—HIDROTERAPIA.—TRATAMIENTO LOCAL

Las *curas hidrominerales* gozan de merecida reputación en el tratamiento de la congestión crónica del hígado. Con ellas se ven resolverse progresivamente antiguos infartos que resistían á todas las medicaciones. Dos estaciones termales sobre todo rivalizan desde este punto de vista, *Vichy* y *Carlsbad;* debemos hacer una mención especial de ellas. Vichy,

(1) MAIRET y VIRES.—*Soc. de Biologie*, 1.° de Mayo de 1897.
(2) GILBERT y CARNOT.—*Soc. de Biologie*, 21 Noviembre de 1896 y 8 Mayo de 1897.

acerca la cual Dufourt nos ha comunicado una serie de documentos muy interesantes, es el tipo de las aguas bicarbonatadas fuertes; sus diversos manantiales contienen unos 5 gramos de bicarbonato de sosa y 1 gramo de bicarbonato de potasa, de cal, de magnesia, y además, en algunos manantiales, pequeñas cantidades de hierro y de arsénico. La acción de la cura hecha en el manantial sobre el órgano hepático es evidente; es una acción estimulante y con frecuencia se ve, desde los primeros vasos de la Grande-Grille (41°,8), que un hígado indoloro se pone sensible, cuando no doloroso; los enfermos que se observan bien dicen que su hígado trabaja (1). ¿Cuál es el origen de esta sensación? Se ha hablado de la irritación sustitutiva; esto no es más que una palabra que no tiene otro valor que el que quiera dársele. Dufourt cree, con algunos médicos de Vichy, que se trata de un aumento de la vascularización del hígado, vascularización que renueva la nutrición de un órgano, en el que la estancación, el entorpecimiento era la tendencia dominante. La circulación se hace con mayor actividad, todos los procesos hepáticos recuperan su intensidad normal, hay contracciones de la vesícula biliar, y por consiguiente pueden sobrevenir crisis dolorosas si las vías biliares no estaban libres de cuerpos extraños. A veces se producen deposiciones biliosas diarreicas en el transcurso de la cura, y podría creerse que la descongestión se realiza por el mecanismo de una sangría biliar; pero á veces hay también tendencia á la constipación.

Esta es una acción muy especial, debida á la naturaleza compleja del agua de Vichy tomada en el mismo manantial, y que los efectos conocidos del bicarbonato de sosa no permiten preverla. La misma agua de Vichy transportada no produce sino excepcionalmente semejantes fenómenos. De esto se deduce que el agua de Vichy está contraindicada en las congestiones agudas del hígado y que antes de enviar allí á un enfermo hay que esperar que haya terminado el período agudo. De la misma manera, si este período sobreviene en Vichy, debe suspenderse inmediatamente la cura; hay un justo límite en el que es muy difícil mantenerse, lo que hace que la dirección de una cura en Vichy sea más delicada de lo que suponen muchos médicos, y nunca es prudente dejar al mismo enfermo sin vigilancia médica.

Añadamos á los efectos hepáticos propiamente dichos la mejoría de las funciones digestivas, de la nutrición, de la asimilación, la diuresis, la regularización de la cifra de la urea (pues la urea, por más que se haya dicho, aumenta ó disminuye en Vichy según las circunstancias). Al estí-

(1) El manantial del Hôpital (34°) parece que obra con menor actividad, pero expone menos á los brotes agudos congestivos.

mulo hepático del principio sucede una sedación persistente y como resultado ulterior la disminución notable del hígado y la mayor pastosidad de su tejido (Dufourt).

Resultados análogos se obtienen en *Carlsbad*, aunque la composición de las aguas no sea la misma. El agua del Sprüdel contiene 1gr,29 de bicarbonato de sosa, 2gr,40 de sulfato de sosa y 1gr,04 de cloruro de sodio; es, pues, un agua bicarbonatada, clorurada y sulfatada; su mineralización total es de 5,51 por litro, mientras que la de la Grande-Grille de Vichy es de 7 gramos. En Carlsbad se obtienen efectos laxantes, que son raros en Vichy. El sulfato de sosa contenido en las aguas de Carlsbad (que se aconseja se tomen á pequeños sorbos) es el que produce deposiciones blandas especiales, llamadas deposiciones carlsbadesas; por otra parte, la diuresis es menor, lo que se debe indudablemente á la mayor termalidad que la de Vichy (70°,5 en vez de 42°,5). Pero el estímulo del hígado se produce de la misma manera y las crisis hepáticas parece que son más frecuentes. ¿En qué nos fundaremos para la elección entre Vichy y Carlsbad? Es éste un punto de práctica médica de los más difíciles de resolver en la mayoría de los casos; la medicación de Carlsbad es más perturbadora y menos alterante (en el antiguo sentido de esta palabra); parece que se dirige muy particularmente al intestino. Para los enfermos pletóricos, con abundante desarrollo de las venas abdominales, sujetos á la constipación, deberá preferirse Carlsbad. Cuando las funciones gástricas están en mal estado, se elegirá Vichy. Hayem cree que Vichy conviene especialmente á los hiperpépticos y á los azoúricos. En clínica, las concepciones teóricas fundadas, por otra parte, en un conocimiento insuficiente de los hechos, chasquean con mucha frecuencia, y es corriente ver enfermos en los que Carlsbad no ha dado resultados, que se encuentran admirablemente bien con una cura en Vichy, del mismo modo que otros, que no han podido obtener su curación en Vichy, la encuentran en Carlsbad, sin que unos sean muy distintos de los otros.

Otras estaciones termales pueden ser útiles en la congestión crónica del hígado, cuando existe una contraindicación para el empleo de Vichy ó de Carlsbad. No citaremos más que las principales. Entre las bicarbonatadas sódicas encontramos en Francia, *Vals*, que no tiene más que manantiales fríos, pero notable por la diversidad de mineralización de los mismos; *Montrond* (Loire); *le Boulou;* en Bohemia, *Bilin;* en la Prusia renana, *Neuenahr*. El grupo de Carlsbad comprende también *Marienbad* y *Franzensbad*, que no poseen más que aguas atermales. *Châtel-Guyon* con 2 gramos de bicarbonato de cal, 1 gramo de bicarbonato de sosa, 1,50 de cloruro de magnesio, y 1,60 de cloruro de sodio, posee propieda-

des laxantes que pueden utilizarse muy ventajosamente. Lo mismo diremos de *Brides*, aguas calientes cloruradas y sulfatadas. Hay que citar también entre las cloruradas sódicas *Hombourg*, *Kissingen*, *Monte-Catini* y *Salins-Moutiers*. Por último, *Capvern*, *Contrexéville*, con 1,22 de sulfato de cal y 0,70 de bicarbonato de cal y de magnesia; *Evian*, de mineralización insignificante, pero muy diurética, pueden permitir el cumplimiento de ciertas indicaciones particulares. Murchison recomienda también aguas minerales en las que el hierro está asociado á un elemento purgante (*Harrogate*, *Cheltenham*, *Leamington*, etc.).

Bing, Murchison, Bartholow, los ingleses y los americanos aconsejan también *baños nitro-clorhídricos* al centésimo; sólo los pies se sumergen en esta mezcla durante media hora, mañana y tarde; se pasa la esponja empapada con este líquido ácido por los muslos y la región hepática, y se envuelve el abdomen con una franela mojada en este baño. El *tratamiento hidroterápico* puede dar buenos resultados; se emplean duchas frías *en chorro* sobre el hígado y de corta duración, que no pasen de un minuto; deben reservarse para las formas indolentes y todavía hay que tener cuidado de no dirigir al hígado más que un chorro amortiguado. Con demasiada frecuencia se ve, en efecto, que una ducha de fuerte percusión, dada sobre un órgano apenas mitigado de un brote subagudo, provoca dolores vivos y una recrudescencia de síntomas. O bien se aconsejarán las duchas *escocesas* ó *alternantes* (Béni-Barde); ó por último, se recurrirá á la ducha de *cuello de cisne*, que da un chorro voluminoso pero de poca presión. Durand-Fardel recomendaba la ducha local al cabo de ocho días y la ducha en *regadera* con presión bastante fuerte durante un mes; empezaba por lo que se llama en Vichy «la ducha de *bañera*»; insistía en las ventajas de las duchas *resolutivas*, á 34°, de cinco ó diez minutos, inmediatamente antes del baño; practicaba, por último, durante cinco ó quince minutos y cada dos días el *masaje del hígado* congestionado, percutiéndolo con golpecitos hechos con la cara palmar de los dedos y amasando luego con cuidado y suavidad.

No se descuidará el *tratamiento local* consistente en revulsivos cutáneos, embrocaciones yodadas, vejigatorios, botones de fuego y ventosas secas. Si se produjera un brote doloroso de congestión subaguda, una aplicación de sanguijuelas en la región del hígado ó en el ano produciría alivio.

III

Tratamiento de las diversas formas clínicas

La TERCERA indicación que domina el tratamiento de las congestiones del hígado se dirige á sus diversas causas; esto nos conduce á estudiar separadamente, con motivo de cada variedad clínica, las particularidades terapéuticas que presentan las congestiones por *abusos de ingesta*, y las congestiones en los *dispépticos*, los *gotosos*, los *diabéticos*, los *palúdicos* y los *cardíacos*.

A.—CONGESTIÓN POR ABUSOS DE INGESTA

Se instituirá el régimen precedentemente indicado. En los *alcohólicos*, estas congestiones van acompañadas bastantes veces de *exacerbaciones subagudas*, con dolor en el hipocondrio, tinte subictérico y empacho gástrico. Hay que tratarlos por medio de la *dieta láctea*, al menos temporalmente; como medios locales, prestan servicios las *ventosas escarificadas;* podrá recurrirse también á la aplicación de *sanguijuelas* en el hipocondrio. Cuando esté bien establecida la cronicidad del mal, serán muy útiles pequeñas depleciones sanguíneas cada mes, con dos ó tres sanguijuelas en el ano; obrarán más por derivación que por sustracción de sangre. Hay que desconfiar del vejigatorio, que á veces es mal tolerado por los enfermos, cuya piel funciona mal con frecuencia y en los que hay interés capital en conservar la integridad de los riñones. Cuando el hipocondrio permanece doloroso y tenso, serán ventajosos los *baños tibios* prolongados. La ducha de chorro fría, de la que se abusa, debe reservarse para las formas indolentes; puede determinar una recrudescencia de los síntomas cuando se aplica directamente sobre el hígado, apenas remitido de una exacerbación aguda. Los *enemas fríos* abundantes, aconsejados por Krull, serán muy útiles. Por último, se completará el tratamiento con las medicaciones precedentes.

B.—CONGESTIÓN DEL HÍGADO EN LOS DISPÉPTICOS

Se encuentra sobre todo en la dilatación del estómago (Bouchard); hasta podría explicar, por su frecuente repetición, el descenso del riñón derecho, sobre todo cuando se le agrega la constricción del corsé; puede terminar por la cirrosis (Hanot y Boix). Se atribuye esta congestión del

hígado á la viciación de la sangre porta por las toxinas gástricas. En semejante caso, el estómago contiene principios tetanizantes (Bouveret y Devic, Cassaet y Ferré), ácido propiónico (Debove y Rémond), ácidos de fermentación (Hanot y Boix) y todas las toxinas segregadas por los microbios cuya pululación está favorecida por las modificaciones sufridas por el quimismo estomacal.

En este caso, debe dominar el tratamiento de la afección gástrica. Hay que restablecer las secreciones normales, combatir la atonía, prevenir la dilatación, disminuir las fermentaciones y neutralizar sus productos. Toda medicación antidispéptica, el régimen, los *amargos*, los *alcalinos* y los *lavados del estómago* pueden ponerse en práctica, según las circunstancias. La leche está indicada de un modo especial; se le añadirá el uso cotidiano de 1 á 4 centigramos de *calomelanos*. Bouchard recomienda el empleo del agua *oxigenada* y sobre todo del *agua clorofórmica;* prefiere el *ácido clorhídrico*, pues este medicamento, en su opinión, impide las fermentaciones anormales y perfecciona la digestión fisiológica; prescribe algunos sorbos durante la comida, ó un vaso después de ella, de una solución de 4 gramos de ácido clorhídrico fumante por un litro de agua.

En su artículo sobre el *Tratamiento de las dispepsias* (1), Alberto Robin demuestra que la acción de las toxinas gástricas sobre la congestión y la hipertrofia funcional del hígado á veces se ha exagerado. Además, las investigaciones hechas con Kuss tienden á probar que su presencia es excepcional en el estómago. Atribuye esta repercusión hepática de las dispepsias á la excitación del hígado por el paso constante de un quimo hiperácido sobre la ampolla de Vater; aconseja, pues, que se saturen estos ácidos administrando, tres horas después de la comida, una oblea con un polvo compuesto con *magnesia;* para corregir las fermentaciones lácticas, emplea *naftol* á pequeñas dosis, *azufre yodurado* ó *fluoruro de amonio;* las fermentaciones butíricas se combatirán con el *eritrol*. El *ácido arsenioso* á la dosis de 1 á 2 miligramos obra como moderador del hígado. Entre las estaciones termales deberán elegirse *Vichy* ó *Vals; Carlsbad, Châtel-Guyon* y *Brides* serán útiles en los individuos pletóricos constipados.

C. — CONGESTIÓN DEL HÍGADO EN LOS GOTOSOS

El hígado raras veces está sano en los gotosos, decía Scudamore. La tumefacción del hígado, con litiasis ó sin ella, puede ser premonitoria de

(1) Véase la pág. 258 del presente tomo.

un acceso de gota (Scudamore, Gairdner, Garrod). La congestión del hígado es habitual en los gotosos, porque con mucha frecuencia son dispépticos y muy inclinados á los abusos de la mesa y á los espirituosos. Murchison tendía hasta á invertir los términos del problema, y consideraba la gota como el resultado de un trastorno funcional del hígado. «Muchos de los síntomas atribuídos comúnmente á la gota, decía, deberían atribuirse con mayor exactitud á desarreglos del hígado.» Esta tendencia localizadora no es aceptada por la mayoría de los clínicos, que ven en la gota la expresión de una desviación general de los procesos nutritivos, de un retardo de nutrición. El objetivo del médico es, pues, modificar este temperamento morboso por la higiene, el régimen, el ejercicio físico, la vida al aire libre y el masaje. Se disminuirá la producción de los uratos por los alcalinos, por el *carbonato* ó el *salicilato de litina*, por la *piperazina*, por la *uricedina*, por la *globularina* y la *globularetina* (Heckel), por el *polvo de Pistoya*, que es muy análogo al *polvo antigotoso de los duques de Portland*, cuya fórmula se encuentra en las farmacopeas del siglo pasado, por el *aceite de Haarlem*, extraído del Junisperus Oxycedrus, por la *mixtura compleja de Garrod*. Se estimularán las funciones del estómago por los amargos *(colombo, cuasia, nuez vómica)* y también por el *sulfato de estricnina*. Si el hígado es doloroso, se aplicarán localmente ventosas secas, sinapismos. Están indicados los purgantes y los enemas fríos abundantes. Las estaciones termales de propiedades laxantes, como *Carlsbad, Châtel-Guyon* y *Brides*, son útiles á estos enfermos. Sin embargo, estas aguas no siempre se toleran bien; muchas veces hay que recurrir á *Vichy*, *Vals* ó *Royat*, á aguas bicarbonatadas débiles, cloruradas-sódicas, más tónicas. Algunos individuos muy susceptibles se encuentran mejor en *Contrexéville* y en *Evian* en donde la diuresis es el hecho dominante.

D. — CONGESTIÓN DEL HÍGADO EN LOS DIABÉTICOS

Es muy frecuente, sobre todo en las formas agudas de la diabetes (Lecorché); su patogenia es compleja: en primer lugar, es debida á mayor actividad funcional del hígado, ya por influencia refleja, ya por excitación directa del parénquima: los admirables trabajos de Cl. Bernard sobre la glicogenia hepática explican esta congestión por exceso de funcionalismo. Depende, en segundo lugar, del exceso de los ingesta, del abuso de los líquidos alcohólicos y de los desórdenes digestivos en los diabéticos atacados de polifagia y polidipsia. Estos factores etiológicos habituales de la congestión hepática obran con mayor rapidez por cuanto la diabetes crea

una verdadera predisposición á la hiperemia del hígado. A estas mismas causas también son debidos sobre todo los accesos de congestión hepática con subictericia y trastornos intestinales que se observan en los diabéticos. Sin discutir la cuestión de la diabetes hepatógena, que nos alejaría de nuestro objeto, haremos notar que en clínica se encuentran sobre todo dos clases de hechos; unos se refieren á los diabéticos confirmados, en los que el hígado se hipertrofia con el tiempo, muchas veces por demasiada actividad funcional y aun puede pasar á la cirrosis pigmentaria; los otros se refieren á alcohólicos que presentan alteraciones digestivas, hígado voluminoso, glucosuria alimenticia y más tarde se convierten en francamente diabéticos. Esta transición y esta línea de demarcación son difíciles de precisar; pues á pesar de los esfuerzos de los nosologistas, con frecuencia se está muy perplejo para saber dónde acaba la glucosuria y dónde empieza la diabetes, y nadie puede decir que tal enfermo, calificado actualmente de glucosúrico, no tenga algunos años después todos los síntomas de la diabetes en su grado más completo. Glénard hasta admite una verdadera diabetes causada por una afección exclusivamente alcohólica del hígado.

En estos casos hay que proscribir el *alcohol*, los azúcares y los farináceos y emplear el tratamiento aconsejado con motivo de las demás variedades de congestiones hepáticas. La leche podrá ser muy útil; solamente habrá que comprobar que en el enfermo en tratamiento no aumenta la cantidad de azúcar contenido en la orina, pues la asimilación del azúcar de leche en los diabéticos es individual: unos observan que su azúcar disminuye bajo la acción de la dieta láctea; en otros aumenta considerablemente. Como no se conoce bien el determinismo de este fenómeno, tendrá que hacerse la experiencia personal en cada caso. No se descuidará el instituir con cuidado el tratamiento habitual de la diabetes.

En cuanto á la *elección de una estación termal*, la gravedad de la diabetes será la que deberá dictarla sobre todo; de una manera general, las glucosurias simples, con hígado voluminoso, deberán seguir las mismas reglas y las mismas indicaciones que la congestión de origen alcohólico. En el artículo de Alberto Robin sobre el tratamiento de la diabetes, se encontrarán todos los datos necesarios para hacer una elección entre las aguas de *Vichy*, *Vals*, la *Bourboule*, *Carlsbad*, *Marienbad*, *Kissingen*, *Hombourg*, etc. Por último Gilbert y Carnot (1) han citado algunos casos de mejoría de la diabetes con hígado voluminoso, bajo la acción de la *opoterapia hepática*.

(1) Gilbert y Carnot. —*Semaine médicale*, n.° 24, 1897.

E. — CONGESTIÓN PALÚDICA

Las visceropatías abdominales son casi constantes en los palúdicos que han sufrido algunos accesos. El bazo comienza á ponerse doloroso, luego voluminoso y el hígado presenta poco después los mismos síntomas. La *quina* y la *quinina* son los primeros medicamentos que deben administrarse, pero cuando el infarto hepático ha pasado al estado crónico, la quinina no produce ningún efecto. El *clorhidrato de amoniaco* se emplea en la India á la dosis de 1 gramo dos ó tres veces al día (Stewart, Murchison); pero hay que exigir primero el traslado á un clima saludable, una estación de altitud, por ejemplo. Tal vez es esta la única forma de congestión hepática en que los *baños de mar* pueden dar buenos resultados, y aun deben administrarse con precaución, no sin reserva sobre la tolerancia del enfermo. Los *ferruginosos* y los *arsenicales*, *licor de Boudin*, *arseniato de sosa* sobre todo, están indicados. El *yoduro de potasio* puede enfrenar la marcha de la cirrosis palúdica. Como estaciones termales deben aconsejarse: *Carlsbad*, *Marienbad*, *Châtel-Guyon* y *Brides*. Si predominan los trastornos gástricos, estará indicado particularmente *Vichy*, y podrán emplearse sus manantiales ligeramente arsenicales y ferruginosos, como Lardy. Desde que se ha extendido nuestro dominio colonial, el hospital militar de Vichy ha venido á ser insuficiente para recibir á estos palúdicos en los que el veneno ha dejado su impresión demasiado duradera en forma de infarto del hígado ó del bazo y se han observado los mejores resultados.

F.— CONGESTIONES PASIVAS DEL HÍGADO

El estancamiento pasivo es el que aquí entra en juego. El hígado aumenta de volumen porque hay un obstáculo en la circulación más allá del mismo, cuya supresión debe ser el fin de la terapéutica que se aplicará á esos hígados cardíacos. Hay que dirigirse, pues, al corazón, aumentar su energía por la *digital*, la *cafeína*, el *estrofanto* y la *esparteína*. Debe descongestionarse también el sistema porta por todos los medios posibles *(sanguijuelas* en el ano, *purgantes* repetidos, purgantes drásticos, si hay edemas, y si hay necesidad, *sangría* general ó *ventosas escarificadas* cuando la congestión hepática es violenta). El tratamiento *hidrargírico* ha sido aconsejado por Stokes y Graves. Jendrassik y Sée ponderan las propiedades diuréticas de los *calomelanos* en los cardíacos; además tienen la ventaja de obrar sobre el hígado y de ser antisépticos. Huet recomienda

que á los cardiohepáticos se les den los calomelanos durante cuatro días á la dosis de 40 á 60 centigramos en tres papeles convenientemente espaciados. Es preferible no prescribir más que una pequeña dosis de calomelanos (de 2 á 3 centigramos), repetirla tres veces al día y continuarla durante más tiempo con intervalos de reposo durante, los que se administrarán alcalinos (*bicarbonato* y *benzoato de sosa*, aguas de *Vichy*, de *Vals*). Huchard pondera los efectos de las siguientes píldoras, á la dosis de tres al día, durante tres días:

Extracto acuoso de cornezuelo de centeno. . . .	4 gramos
Polvos de escila.	3 —
Calomelanos.	2 —
Polvo de digital.	1 —

H. s. a. Por 40 píldoras.

Según aconseja Tapret hay que practicar una antisepsia intestinal rigurosa para preservar al hígado de los venenos que podrían irritarle. La dieta láctea es de regla; debe proscribirse la carne cuya digestión congestiona el hígado, y vale más abstenerse completamente del vino (Lépine) (1). El hígado no se congestiona en todos los cardíacos, aun en los mitrales que son los que principalmente están expuestos á esta complicación; es rara en el curso de las afecciones aórticas, requiriéndose para ello una predisposición especial. Cuando en ciertos enfermos, que casi no presentan edemas, ni ascitis, y sin estancación pulmonar, se encuentra un hígado que rebasa tres dedos el reborde de las falsas costillas, con dolor y tinte subictérico, ha de admitirse que los trastornos circulatorios de origen cardíaco no han sido más que una causa auxiliar de la congestión hepática, la cual puede reconocer otro origen. En estos casos, el alcoholismo (Mathieu), la dispepsia, el artritismo, cuya influencia sobre las afecciones del hígado ha bien demostrado Hanot, la gestación, las autointoxicaciones anteriores, la litiasis (Rendu), la gota, la diabetes, y el paludismo (Parmentier), pueden entrar en juego y la congestión del hígado dependerá, sobre todo, de la terapéutica que conviene á estos últimos estados morbosos. No pueden rehusársele entonces los beneficios de una cura termal, que en general está contraindicada cuando el corazón es la causa única ó predominante de los accidentes hepáticos. En semejante caso, la congestión pasiva del hígado reviste los caracteres de algunos tipos clínicos bien estudiados por Corvisart, Andral, Gendrin, Stokes, Murchison, Potain, Hanot (2), Parmentier (3), que presentan algunas in-

(1) Lépine.—Tratamiento del hígado cardíaco (*Semaine médicale*, 20 Noviembre, de 1895, pág. 502).

(2) Hanot.—Hígado cardíaco (*Semaine médicale*, 1894, n.° 37, pág. 293).

(3) Parmentier.—*Étude clinique et anatomo-pathologique sur le foie cardiaque* (Tesis de París, 1890).

dicaciones terapéuticas particulares. Cuando, en la asistolia vulgar, el hígado no está congestionado sino en el mismo grado que los demás órganos, ó hasta cuando no hay más que un simple predominio hepático, la medicación usual, los purgantes, el régimen lácteo, el reposo en la cama, y algunas dosis de digital son suficientes para hacer desaparecer esta hiperemia transitoria. En la congestión cardiohepática verdadera, el hígado recupera con bastante facilidad su volumen normal, hace el *acordeón*, según la feliz expresión de Hanot. Cuando las crisis asistólicas se repiten, el hígado continúa grueso y doloroso, constituyendo uno de los factores de gravedad de la cardiopatía, hay que apresurarse en dar la *digital*, *cafeína*, *calomelanos*, *purgantes drásticos*, instituir el *régimen lácteo* y practicar la *revulsión local*. Debe rechazarse el vejigatorio, que puede alterar los riñones, cuya integridad funcional es tan importante en semejante caso. Hanot recomienda que se apliquen inmediatamente seis *sanguijuelas* en la región del hígado. En la asistolia hepática grave con ascitis abundante, se recurrirá á la paracentesis abdominal. Por último, el tratamiento directo de la congestión hepática deberá predominar en las formas clínicas en que la cardiopatía permanece latente y en que los trastornos circulatorios de origen cardíaco se localizan exclusivamente en el hígado, constituyendo el esbozo de lo que Hanot ha designado tan felizmente con el nombre de *asistolia hepática*. En estos cardíacos la asistolia depende del hígado desarrollándose sobre todo en los individuos predispuestos, en los alcohólicos. En este caso debe vigilarse especialmente el hígado, sin descuidar el corazón; á veces es útil una cura en *Vichy*. Frerichs, cuando el miocardio no está muy alterado, recomienda también los manantiales de Mühlbrunnen, en *Carlsbad*, de *Kissingen* y de *Marienbad*. Más adelante estas congestiones pasivas pueden acabar progresivamente en cirrosis cardíaca; la administración del *yoduro de potasio*, del *yoduro de estroncio* (Sée) contribuirá á impedir ó retardar esta evolución; por último, el régimen lácteo, la privación del alcohol y una antisepsia intestinal rigurosa evitarán esa temible eventualidad: la ictericia grave de los cardíacos. Esta complicación, que está favorecida por la insuficiencia relativa y á veces absoluta de la glándula biliar, en los cardiohepáticos, es bastante rara. Estos enfermos presentan con más frecuencia ictericia bilifeica, subictericia urobilínica, á veces ictericia hemafeica (Hanot) y hasta hemoglobinicolia. El tratamiento de la congestión del hígado, que mejora considerablemente estas ictericias, se completará con las indicaciones terapéuticas expuestas en el capítulo siguiente.

CAPÍTULO XLII

TRATAMIENTO DE LAS ICTERICIAS BENIGNAS

POR

EDUARDO BOINET

Agregado de las Facultades, Médico de los Hospitales, Profesor de la Escuela de Medicina de Marsella

Traducción del Dr. D. JOSÉ A. MASIP

I

Consideraciones generales

La ictericia es un síndrome que es debido á la retención y á la reabsorción de los pigmentos biliares: á veces es *mecánica* y depende de un obstáculo en las vías de excreción. Las ictericias pertenecientes á este grupo son: ora *intracanaliculares* (cálculos, hidátides, alteración del colédoco, cicatrices consecutivas á la anastomosis de este conducto con el duodeno, tapón mucoso resultante de la inflamación del duodeno y del colédoco); ora *extracanaliculares* (cáncer del hígado que comprime el conducto hepático, cáncer de la vesícula, tumor de los ganglios del hilio, cáncer de la cabeza del páncreas que engloba el conducto colédoco á nivel de la ampolla de Vater, etc.). Estas ictericias mecánicas, que la ligadura experimental del colédoco realiza fácilmente (Saunders, Tiedeman, Gmelin, Heidenhain, etc.), son ortopigmentarias; están además bien caracterizadas por la integridad casi completa de la célula hepática, por su pureza, por la presencia de pigmento en la orina, por la decoloración de las heces y por la insignificancia de los fenómenos generales. Otras veces la ictericia es de *origen infeccioso*, y entonces las más de las veces es metapigmentaria y depende de la alteración de las funciones de la célula hepática por la influencia del agente patógeno. Desde el punto de vista terapéutico, Ferrand divide las ictericias en dos grandes clases, fundándose en su patogenia: en la primera clase, la alte-

ración de la sangre es secundaria; engloba las ictericias por retención biliar, por policolia ó policromia, y las ictericias que sobrevienen en el curso de las cirrosis, son más bien tóxicas que infecciosas y tienen una marcha crónica, una evolución lenta. En las ictericias de la segunda clase, la alteración de la sangre es primitiva; las ictericias por insuficiencia hepática relativa, todas las ictericias infecciosas y tóxicas (fósforo, arsénico, mercurio, alcohol) forman parte de este segundo grupo.

Las ictericias benignas comprenden una serie de estados morbosos en los cuales la ictericia constituye el síntoma predominante, al menos en apariencia; terminan por la curación, que está asegurada por el débil grado de alteración de la célula hepática y por la relativa conservación de la tasa de la permeabilidad renal: si estos dos elementos, estos dos factores de gravedad, que impiden la insuficiencia hepática, se reducen ó llegan á faltar, la ictericia, primitivamente benigna, se agrava y se encuentra en clínica toda una gradación de estados morbosos intermedios entre la ictericia catarral y la ictericia grave. Por esto Trousseau decía con razón: «De la ictericia, como del derrame pleurítico, no puede decirse nunca cuál será su terminación.» En ella influye mucho el tratamiento que, en estos últimos tiempos, se ha modificado y mejorado por los datos recientemente adquiridos sobre la patogenia de la ictericia benigna. Ha puesto además de manifiesto el papel preponderante de la toxi-infección, ya gastro-intestinal, ya duodenal ó biliar, ya sanguínea. Hasta tiende á restringirse el dominio patológico de las ictericias mecánicas por obstáculo en el curso de la bilis. Muchas veces el elemento infeccioso juega un papel importante, ya secundario, ya primitivo, en la ictericia litiásica ó catarral. Dupré ha estudiado bien todas estas infecciones biliares (1).

A. — ICTERICIA CATARRAL

La misma ictericia catarral, considerada como tipo de la ictericia mecánica por obstrucción debida á la presencia de un tapón mucoso en la terminación del colédoco (Virchow, Frerichs, Vulpian, Fraenkel), sería, según Kelsch (2), infecciosa y específica. Va precedida con frecuencia de trastornos gastro-intestinales que tienen un punto de partida toxi-infeccioso; es por esto que puede atribuirse á los excesos y vicios de alimentación unidos ó no al abuso del alcohol ó de ciertos principios susceptibles de irritar la célula hepática, las toxinas procedentes del tubo digestivo, etc. Además, todas estas condiciones etiológicas preparan el camino

(1) DUPRÉ.—*Thèse de Paris*, 1891.
(2) KELSCH.—*Rev. de méd.*, 1886, pág. 657.

á las infecciones biliares de origen intestinal. Cabe preguntarse, dice Krull, si el catarro gástrico, que acompaña á la ictericia, es algo más que un síntoma y constituye una de las causas principales de la enfermedad. Muchas veces un trastorno de nutrición más ó menos transitorio de la célula hepática, una modificación de la secreción biliar, ó un catarro agudo de las vías digestivas, designado con el nombre de empacho gástrico, preceden á la aparición de ese tapón mucoso, de ese exudado que, gracias á la débil presión excretoria de la bilis, puede obliterar el colédoco inflamado. Fuera de esto, la conservación de este tapón mucoso está favorecida por la presencia de un verdadero esfínter en el extremo duodenal del colédoco (Oddi (1), Doyon) (2). Además, Renvers (3) no admite que la ictericia simple sea debida á la sola obstrucción del colédoco; ésta existe á veces, pero este tapón de mucosidades es más bien, dice, efecto que causa: esta ictericia es bastante comparable á los envenenamientos; la cree de naturaleza tóxica, y es producida por toxinas microbianas. Cuando la ictericia va acompañada de fiebre y de catarro gastro-duodenal, Renvers ha encontrado constantemente microorganismos en las vías biliares; el bacilo del colon aparecía siempre en un cultivo. Hay, pues entre la ictericia catarral y las ictericias infecciosas benignas ó graves una cadena no interrumpida de estados morbosos en los que la toxi-infección domina la patogenia y la terapéutica.

B. — ICTERICIAS INFECCIOSAS BENIGNAS

Según la clasificación de Chauffard (4), las ictericias infecciosas benignas, que las más de las veces tienen por origen una toxi-infección gastro-intestinal, se dividen: A, en *ictericia catarral:* 1.° *simple,* 2.° *infecciosa,* 3.° *en forma prolongada;* B, en *ictericia pleiocrómica infecciosa;* C, en *ictericia infecciosa con recaída (tifus hepático* de Landouzy, *enfermedad de Weil* (1886), precedentemente descrita por Lancereaux (5), Rondot y Mathieu (6). Este estudio ha sido completado por Tymowski, Chéron, Pilliet (7), Debove, Girode, Dupré, Wassilieff, Weiss y Leick.

Esta denominación de enfermedad de Weil tiene el inconveniente de

(1) ODDI.—*Arch. Ital. biol.*, t. VIII, 1887.
(2) DOYON.—*Thèse de Lyon*, 1893.
(3) RENVERS.—*Berlin. klin. Woch* , 1896, n.° 9, pág. 196.
(4) CHAUFFARD.—*Semaine médicale*, 1889, pág. 248, y *Traité de médecine*, t. III, página 746.
(5) LANCEREAUX.—*Revue de médecine*, 1882, pág. 605.
(6) MATHIEU.—*Revue de médecine*, 1886, pág. 63, y *Gazette des hôpitaux*, 27 Enero de 1891.
(7) PILLIET.—*Progrès médical*, 1890, pág. 279, 2.° semestre.

englobar estados morbosos muy diversos, consagra una inexactitud histórica y no debe prosperar. Además, en su memoria, fundada en cuatro casos clínicos, de los cuales solamente dos pertenecían al grupo de las ictericias infecciosas con recaídas, Weil no consideraba la recaída como característica; ésta sólo se indica diez y nueve veces en los 84 casos referidos por Tymowski. Por último, Meinert ha observado, en Sajonia, 518 casos de ictericia, de los cuales 13 han sido mortales. «Esta enfermedad infecciosa, dice, no es idéntica á la enfermedad de Weil; es contagiosa y su germen sería absorbido por las vías respiratorias.»

Varias indicaciones *terapéuticas* importantes se deducen de la *etiología general* y de la *patogenia* de estas ictericias infecciosas benignas.

A.—Pueden ser *esporádicas, estacionales* y *epidémicas:* 1.° los excesos alcohólicos desempeñan un papel importante en el desarrollo de la ictericia *(a crapulâ, a potu immoderato)*, y hasta de la ictericia febril; ejercen no sólo una acción nociva sobre la célula hepática, sino que además favorecen las intoxicaciones y las infecciones de origen intestinal. 2.° Kelsch ha insistido sobre la frecuencia de las pequeñas epidemias estacionales de ictericias infecciosas. Hemos tenido ocasión de observarlas, sobre todo durante el verano y al principio del otoño en soldados jóvenes. 3.° Fröhlich había ya señalado treinta epidemias de ictericias infecciosas hasta 1879. Rizet en Arras, Eude en Saint-Dié, Pfuhl, Kirchner, Schaper, Hueber, Kelsch, etc., han observado series de casos, que prueban que los focos generadores son las emanaciones nauseabundas del limo, de materias orgánicas en descomposición, los riachuelos contaminados, el suelo rico en detritus orgánicos de naturaleza vegetal ó animal, y por último, las aguas que tienen en suspensión estas materias.

Conocemos dos epidemias inéditas de ictericia infecciosa, que se desarrollaron á consecuencia de la limpia de un cieno negruzco é infectado que se encontraba en la pequeña corriente de un riachuelo que pasaba por debajo de un cuartel. El mismo trabajo se efectuó al año siguiente en un barrio muy populoso, y se declaró una epidemia análoga de ictericia infecciosa en la población civil. Ducamp ha citado seis casos de ictericia infecciosa sobrevenida en las mismas condiciones. La vía respiratoria puede ser, pues, el camino de penetración de la infección. Hemos tenido ocasión de observar también dos casos de ictericia infecciosa en un curtidor y en un pocero. Pero la ictericia infecciosa las más de las veces es de origen gastro-intestinal: las aguas ensuciadas por los sumideros y tomadas en bebida ó absorbidas en los baños, deben ser acusadas con frecuencia.

B.—La *patogenia microbiana* de estas ictericias infecciosas todavía

es muy deficiente. Aunque la infección de las vías biliares por el bacilo de Eberth haya sido comprobada por Dupré, Gilbert, Girode, etc., no es posible todavía generalizar esta noción, y considerar, con Pfuhl, Longuet y Weil, las ictericias infecciosas, y en particular la ictericia de recaídas, como una forma especial, abortiva, con determinación hepática, de la fiebre tifoidea. Según Renvers, numerosos casos de enfermedad de Weil serían debidos á la infección de las vías biliares por una mezcla de microorganismos y en particular por el colibacilo.

Banti (1) ha encontrado en la sangre del bazo de un enfermo de ictericia infecciosa benigna, el *bacillus icterogenes capsulatus* que no pertenece al grupo de los *proteus vulgaris* y *mirabilis* de Hanser. Jœger (2) ha estudiado el papel del *proteus* como agente de infección en la ictericia febril infecciosa; la atribuye á un bacilo proteo fluorescente que se encontraría en las gallináceas muertas de una afección ictérica análoga. Estos *proteus* pueden dejar de obrar como saprofitos y convertirse en patógenos.

Karlinski refiere 20 casos de ictericia febril con fiebre de recaídas y admite que las alteraciones sanguíneas post-palúdicas han dado lugar á modificaciones en las dimensiones, la movilidad y la duración de la vida de los espirilos de Obermaïer. Se han atribuído también las recaídas en las ictericias infecciosas, á la reinfección del intestino por los gérmenes patógenos, retenidos transitoriamente en las vías biliares. Esta consideración prueba la importancia, en semejante caso, de la antisepsia hepato-intestinal. Martha y Girode han comprobado, en el acceso de fiebre biliar, la infección transitoria de la sangre por el *aureus*. Hemos encontrado en Songhoa (Tonquín) cocos aglomerados en racimo, que daban en el agar colonias de color blanco mate, después de la siembra hecha con la sangre del dedo que se recogía durante la vida, de annamitas que habían contraído fiebres remitentes biliosas en un edificio levantado al lado de un vasto cementerio, en el que se habían enterrado numerosos cadáveres de búfalos, caballos y chinos. Incesantes hundimientos ponían al descubierto zanjas rellenas de materias orgánicas en descomposición. En una serie de casos de *infecciones con ictericia*, Girode ha aislado *staphylococcus aureus, streptococo piógeno* y *bacterium coli-commune* (3).

Clínicamente, se trata de enfermedades generales, en las que la ictericia es solamente el síntoma más culminante. Estas variedades de infecciones hepáticas, que se relacionan con la historia de las ictericias infec-

(1) Banti.—*Deutsche med. Woch.*, núm. 44, 1895, pág. 735.
(2) Joeger.—*Zeitschr. f. Hyg.*, XII y *Deutsche med. Woch.*, núm. 40, pág. 667, 1895.
(3) Girode.—*Archives générales de médecine*, 1892, t. 138, pág. 412.

ciosas, deben distinguirse de las infecciones biliares propiamente dichas y con mucha probabilidad en la mayoría de casos son de origen hemático (Girode).

II

Tratamiento de las ictericias benignas en general

La *primera indicación* terapéutica tiene por objeto impedir la producción y la acumulación de las toxinas en la economía.

A. — RÉGIMEN

En todo ictérico, el régimen debe vigilarse con cuidado. En las ictericias recientes, el *régimen lácteo* será absoluto; ofrece la doble ventaja de aumentar la diuresis y de disminuir las propiedades tóxicas del contenido intestinal. Es preferible mezclar la leche con aguas alcalinas; éstas diluyen las materias grasas, que se encuentran en notable proporción en la leche y tienen el inconveniente de disminuir la producción de la bilis. En las ictericias antiguas, el régimen lácteo será mixto. Se proscribirán ó se reducirán al mínimo las carnes, que favorecen la secreción de una bilis concentrada y dejan residuos tóxicos; se prohibirán las grasas y el alcohol y se aconsejará la dieta vegetal.

B. — PURGANTES

Los *purgantes salinos*, el *sulfato de sosa*, la *sal de Seignette* desembarazarán al tubo digestivo de una parte de las substancias tóxicas que contiene. Lion recomienda las píldoras siguientes:

Evonimina.	0 gr. 40
Terpina.	4 gramos

Para 20 píldoras; dos mañana y noche.

Podofilino.	0 gr. 01
Evonimina.	0 gr. 05
Extracto de beleño.	0 gr. 02
Jabón medicinal.	c. s.

Para una píldora; una ó dos á la noche.

Los *calomelanos* son muy usados á dosis purgante (de 3 á 5 decigramos). Hay que evitar el administrarlos con substancias incompatibles capaces de favorecer su descomposición en sublimado. Su lista es larga y comprende los ácidos, los álcalis, los cloruros, los bromuros, los yoduros

solubles, el hierro, el looc y la leche de almendras amargas, el agua de laurel-cerezo y los cianuros. Sin embargo, Jovane, de Nápoles, en el octavo Congreso de la Sociedad italiana de medicina interna, acaba de presentar una comunicación que tiende á probar que no existe esta incompatibilidad de los calomelanos con los cloruros y los ácidos minerales ú orgánicos. Así, sesenta niños han podido tomar simultáneamente, y sin accidentes, calomelanos y substancias incompatibles. Pero no debe olvidarse que los niños toleran los calomelanos mejor que los adultos y á dosis proporcionalmente más elevadas. Dos de estos enfermos, muertos de enfermedad intercurrente, no han presentado en la autopsia ninguna lesión anatómica imputable á la transformación de los calomelanos en sublimado por la influencia de estos medicamentos incompatibles; tampoco se ha producido en los tubos de ensayo. Biernacki ha notado también que los calomelanos, administrados en la ictericia á la dosis de $0^{gr},3$ á $0^{gr},5$, no tienen ninguna acción sobre la excreción de los ácidos sulfo-conjugados; sólo se opone, pues, muy medianamente á las putrefacciones intestinales. Sin embargo, la clínica demuestra que los calomelanos ejercen sobre la ictericia una acción más favorable de lo que indican los resultados experimentales, y podríamos citar cierto número de casos de ictericias simples, catarrales, emotivas, prolongadas ó infecciosas en las que este medicamento ha tenido verdadera utilidad.

C. — ANTISÉPTICOS

Los antisépticos intestinales *(benzonaftol, betol, salol)* ocupan un lugar importante en el tratamiento de la ictericia; de estas substancias hay que elegir las que produzcan una antisepsia *intestinal* y *biliar*. Se asociará el salol al *salicilato de naftol*. Además, los mejores antisépticos intestinales son los mejores *colagogos* (Prévost y Binet, Baron) y sabido es que el hígado es un *diverticulum* del intestino, según demuestran la embriología y la anatomía comparada. El *salicilato de sosa* se considera como el medicamento hepático por excelencia, es el medicamento del decaimiento del hígado; provoca y realiza la velocidad máxima del flujo en las vías biliares y se elimina por la bilis, á la que licúa (Teissier). Según Lewaschew, 4 gramos de salicilato de sosa administrados á un perro aumentan la cantidad y la fluidez de la bilis: en el momento de la dilución máxima, contiene una cantidad de agua dos veces mayor que en estado normal. Rosenberg ha notado un aumento del agua y de las materias sólidas de la bilis. La acción de este medicamento parece que cesa cuatro horas después de su administración. Lewaschew estima que se pro-

longa durante más tiempo. El salicilato de sosa retarda á su máximo el desarrollo de las colonias sembradas en gelatina; modera el poder fermentativo del coli; introducido en el estómago de un animal, hace la bilis bastante aséptica para retardar, durante ocho días al menos, los cultivos en gelatina de *staphylococcus albus*. El salicitato de sosa impedirá, pues, ó atenuará, en la medida de lo posible, la invasión bacteriana de las vías biliares, sea primitiva (Hanot, Gastou), ó consecutiva (Chauffard, Netter, Dupré, Hanot, Létienne, etc.), ó post-ictérica (Girode).

D.—MEDICAMENTOS QUE TIENDEN Á RESTABLECER LA PERMEABILIDAD BILIAR

El *salicilato de sosa* es al que debemos recurrir sobre todo para *restablecer la permeabilidad biliar*. Se administrará á las dosis de 3 gramos diarios en el adulto. El *jarabe de ruibarbo* y el *jarabe de las cinco raíces* completarán sus efectos y dan buenos resultados en los niños. Su acción colagoga es superior á la de los calomelanos, pero no justifica siempre los elogios hiperbólicos que de ellos hacía Hanot, que los llamaba la quina, la digital del hígado, el rey de los colagogos. Sin embargo, no deberá dejarse de prescribir una dosis cotidiana de $0^{gr},03$ á $0^{gr},05$ de *calomelanos*, que corrige la desviación funcional del hígado y le preserva de las toxi-intoxicaciones de origen gastro-intestinal. Es el medicamento de la ictericia metapigmentaria (Boix). Sacharjin (1891) lo considera como microbicida enérgico, sobre todo en las enfermedades del hígado consecutivas á afecciones gastro-intestinales.

Dujardin-Beaumetz recomienda asociar en partes iguales el *salol*, el *salicilato de bismuto* y el *bicarbonato de sosa*. Las *píldoras de bilis de buey* amasadas con salol constituyen un buen colagogo.

En las ictericias por *obstrucción del colédoco*, hay que vencer el obstáculo que impide la salida de la bilis, estimulando la secreción, bien por los eliminadores generales *(excitantes difusibles, sales amoniacales, éter)*, bien por los eliminadores locales. Con este objeto se prescribirán el *podofilino*, la *evonimina* ó el *áloes* asociados ó no con los calomelanos; según hace notar Dujardin-Beaumetz, es preferible utilizar los medicamentos que tienen acción purgante manifiesta, porque la acolia intestinal, que resulta de la obliteración de los conductos biliares, determina constipación más ó menos pertinaz. Se combatirá por el *sulfato de sosa*, la *sal de Seignette* y las *aguas sulfatadas sódicas*. Las sales de sosa deben preferirse á las sales de magnesia. Bartholow recomendaba el *fosfato de sosa* á la dosis de 4 gramos, tres veces al día. Dados á dosis

alterante, es decir, en pequeña cantidad, el *sulfato* y el *fosfato de sosa* prestan importantes servicios (Ferrand) (1). En semejante caso, preconiza también el empleo del *jabón medicinal* administrado en polvo ó en píldoras á la dosis de 0gr,30 á 1 gramo y de la *glicerina* á la dosis de 20 á 30 gramos. El *oleato de sosa (eunatrol)*, se ha recomendado recientemente (2) á la dosis de 0gr,40 á 1 gramo al día como succedáneo del aceite de olivas y de la glicerina. Los *hipuratos de cal* y de *litina*, según Poulet, transformarían el carácter de las deposiciones, disminuirían el tinte ictérico y despertarían el apetito. El *ácido benzoico* á la dosis de 0gr,60 á 1gr,80 por día, y el *benzoato de amoníaco*, de *sosa* y de *litina* son estimulantes de la secreción biliar (Harley, Rutherford, Wöhler, Tanner, Wade).

Los *alcalinos*, según Rosenberg, tendrían acción colagoga; ésta debe ser poco considerable, puesto que, experimentalmente, los alcalinos disminuyen la tensión biliar y hasta reducen la cantidad de bilis, pero disuelven el moco. Sin embargo, desde el punto de vista práctico, tienen valor positivo. Se aconsejará el *bicarbonato de sosa*, la sal y sobre todo las aguas de *Vichy*.

E.—AGUAS TERMALES

Las aguas de *Vichy* mejoran simultáneamente la congestión del hígado y la ictericia benigna, en los casos que coexisten, y obran muy favorablemente cuando la ictericia es aislada. El manantial del *Hôpital* debe preferirse á la *Grande-Grille*, pues expone menos á que los enfermos sufran ataques congestivos del hígado agudos ó subagudos. Los datos que hemos indicado en el capítulo precedente sobre el tratamiento hidromineral de las congestiones hepáticas son aplicables, en gran parte, á la ictericia. Con bastante rapidez se ve que las deposiciones toman color, y la orina y los tegumentos se decoloran. Esta permeabilización de las vías biliares por descongestión se observa también en las ictericias de cierta gravedad. Así, cuando un cáncer del hígado ó de las vías biliares intercepta el curso de la bilis, por la acción de este tratamiento puede verse reaparecer la coloración de las deposiciones. Linossier, de Vichy, ha observado varios ejemplos de ello. Esto no es, sin embargo, indicio de mejoría del cáncer, pues al contrario, la evolución del cáncer parece que recibe un latigazo con el tratamiento excitante de Vichy; pero es

(1) FERRAND.—Patogenia de la ictericia, indicaciones terapéuticas (*Semaine médicale*, 1894, pág. 181).

(2) *Centralbl. f. gesammte. Ther.*, Julio de 1897, pág. 442.

posible que haya una descongestión momentánea de los tejidos pericancerosos.

En la ictericia por obstrucción calculosa, se ve también á veces que la libre circulación de la bilis precede á la eliminación del cálculo; indudablemente la acción empieza por una especie de descongestión del colédoco; por este hecho se establece una permeabilización relativa y permite el paso de la bilis entre el cálculo y las paredes del conducto. Algunos días y á veces algunas semanas después, se produce un cólico hepático y el cálculo se elimina; puede dejar de producirse cuando el volumen del cálculo es tan reducido que puede atravesar sin dolor el colédoco descongestionado y que no está retenido más que por la congestión.

Las aguas de *Carlsbad* dan también buenos resultados, sobre todo en las ictericias crónicas por retención ó relacionadas con la litíasis.

F.—ENEMAS ABUNDANTES DE AGUA FRÍA

Krull (1), de Gustrow, ha sido el primero que ha tratado sistemáticamente la ictericia catarral por medio de *inyecciones de 1 á 2 litros de agua fría en el recto*. Su temperatura es de 12 á 15°; y se retienen estos enemas todo el tiempo posible; con una serie de siete inyecciones ha obtenido la curación de once enfermos, en los que la ictericia se había presentado desde un tiempo variable de cinco días á año y medio. Esta inyección de agua fría, dice, hace desaparecer la sensación de pesadez epigástrica, el malestar y la cefalalgia, y disminuye la anorexia. Cuando la ictericia es de fecha reciente, la mejoría es tan marcada que el enfermo parece que renace y el dolor á la presión en el hipocondrio derecho desaparece al cabo de veinticuatro horas. En la mitad de los casos, la segunda inyección va seguida de deposiciones teñidas por la bilis; en los casos inveterados, esta coloración no se presenta hasta los cuatro ó cinco días.

Krull explica la acción terapéutica de estas inyecciones de agua fría por el mecanismo siguiente: despiertan los movimientos peristálticos del intestino y excitan la secreción de la bilis, cuya abundancia en las vías biliares vence el obstáculo que se opone á su libre curso. Las investigaciones de Vulpian han demostrado también que estas inyecciones tienen acción colagoga y peristáltica. Chauffard invoca un aumento súbito de la tensión en las vías biliares obstruídas y una especie de acto reflejo que parte de la mucosa intestinal, repercute sobre la vesícula biliar y sobre las

(1) KRULL.—*Clínica médica de Berlín y Bulletin de thérapeutique*, 1877, vol. XCIII, pág. 213.

vías biliares extrahepáticas, provoca la contracción de sus paredes musculosas, y tal vez al mismo tiempo determina hipersecreción biliar; de esto resulta un aumento, verdadero empuje biliar que tiende á expulsar el tapón obturador ó que fuerza el paso entre las mucosas tumefactas y pegadas del conducto colédoco. Según Hugo Lœwenthal (1886) bastan cuatro enemas, á veces dos, raras veces seis. Kraus (1886) y Eichhorst preconizan este método. Estos enemas abundantes provocan además la diuresis, aumentan la tensión arterial general y vacían el sistema porta.

Este método es, pues, tan racional en fisiología, que parece seguro y eficaz en su aplicación terapéutica (Chauffard). En 7 casos de ictericia tratados por estos enemas, administrados de preferencia á la mañana y retenidos de cinco á diez minutos, ha comprobado la desobstrucción biliar á los dos, tres, cinco, seis y ocho días; va acompañado y seguido de una especie de crisis de poliuria y de azouria. La densidad de la orina disminuye al momento de la poliuria, que es un efecto indirecto de la azouria, pues la urea es un diurético fisiológico. Hemos comprobado también los buenos efectos de esta medicación en las ictericias catarrales, emotivas, prolongadas y hasta en las ictericias sintomáticas de la cirrosis hipertrófica biliar. Sus efectos se hicieron manifiestos al cabo de veinticinco horas en un marino que, quince días después de haber naufragado, fué atacado de ictericia y no entró en el Hôtel-Dieu hasta dos meses más tarde. Los dos primeros enemas, muy copiosos, administrados mañana y tarde y retenidos mucho tiempo, hicieron desaparecer un dolor bastante vivo, que existía á nivel de la vesícula, y al día siguiente la orina era mucho más abundante y la cantidad de urea que, antes del uso de estos enemas, no era más que de 9 gramos por litro, se elevó á $14^{gr},50$ á los dos días; no tardó además en producirse un notable bienestar y el tinte amarillo de los tegumentos había disminuído ligeramente desde el día siguiente.

La mejoría fué más tardía en otro caso de ictericia prolongada, sobrevenida cinco días después de una violenta disputa y que no fué tratada por el método de Krull hasta dos meses después de su aparición. Haremos notar que en estos dos casos de ictericia consecutivos á una viva emoción, el colédoco ha permanecido permeable quince y cinco días; no puede invocarse, pues, su espasmo como causa de la ictericia. Es probable que en estos dos casos como en las dos observaciones publicadas por Chauffard (1) existe una irritación primitiva de la glándula biliar; la

(1) CHAUFFARD. — *Revue de médecine*, 1885, pág. 17, y *Archives générales de médecine*, 1890, pág. 399.

célula hepática está enferma según demuestran la urobilinuria (1) y la glucosuria alimenticia que se han observado; la bilis se espesa, sobreviene consecutivamente un catarro secundario de sus vías de excreción y se produce más tarde la obstrucción del conducto colédoco á nivel de su sitio más estrecho, del desfiladero subampular, bien por una bilis más densa, bien por una descamación epitelial consecutiva.

Mosler (2), al contrario, trata la ictericia catarral por *inyecciones abundantes de agua caliente en el intestino grueso*. Éstas dan por resultado aumentar, durante un tiempo considerable, la secreción de la bilis, según demuestran los experimentos de Röhring. Peiper ha comprobado que esta bilis era poco flúida. La proporción de agua está aumentada y la cantidad de substancias sólidas, al contrario, disminuída; aumenta seis horas después de la inyección, mientras que, en el momento de la misma, el agua desciende por debajo de la cifra normal.

G. — ICTERICIAS CRÓNICAS

Para restablecer la permeabilidad biliar en los casos de *obstrucción del colédoco*, puede obrarse directamente sobre la vesícula, bien por el *masaje*, bien por la *faradización*.

1.° Wexler (1893) ha preconizado además el *masaje* de la región hepática en la ictericia catarral; para ello practica durante diez minutos compresiones rítmicas en el momento de la espiración, lo que debe repetirse tres veces al día; puede ejecutarlo fácilmente el enfermo en posición sentada.

2.° Gerhardt ha empleado con éxito la *faradización* en la ictericia catarral. Procura contraer la vesícula aplicando un electrodo en esta región y colocando el otro detrás, en el lado derecho de la columna vertebral á la altura de la vesícula. La mejoría es debida más bien á la contracción directa que á la electrización del plexo solar. Secrétan (1887), después de tres sesiones de faradización, ha curado á un niño atacado de ictericia de tres semanas. Colocó un electrodo en el recto á 8 centímetros de profundidad y el otro en la vesícula; la corriente pasaba durante unos diez minutos. Según Krause (1888), la faradización de la vesícula biliar hace desaparecer la ictericia catarral en ocho días; aplica un electrodo á nivel de la vesícula, y el otro se sostiene en la mano, emplea corrientes suficientemente intensas para producir tensión de la pared

(1) V. Greco. — Relaciones entre la urobilina y la estercobilina (*Riforma medica*, 18, 19, 20 Octubre, 1897).

(2) Mosler. — *Lancet*, 25 Noviembre, 1882.

abdominal, y algunas veces recurre al pincel; las sesiones se repiten todos los días y duran cinco minutos. Labadie-Lagrave prefiere una corriente continua con interrupciones; este procedimiento de electrización obra más eficazmente sobre las fibras lisas de la vesícula y de las vías biliares.

3.° Cuando la obliteración de las vías biliares es persistente, pueden hacerse *punciones aspiradoras en la vesícula*. Dixon ha extraído de este modo 2,600 gramos de bilis. Cada punción va seguida de un gran alivio. Además, en la ictericia crónica de la *litiasis biliar*, se procurará vencer el obstáculo empleando las medicaciones habituales *(aceite, glicerina, aguas minerales*, etc.) (1).

4.° En las *ictericias persistentes por retención de bilis*, la acolia determina y aumenta la *putridez intestinal*. Se combatirá ésta, bien por el *carbón yodofórmico*, bien por el *sulfuro de carbono*. Dujardin-Beaumetz recomendaba la fórmula siguiente:

Sulfuro de carbono puro.	25 gramos
Agua.	500 —
Esencia de menta..	XXX gotas

De 5 á 10 cucharadas al día.

Prescribía también *creosota, trementina, ácido fénico* en solución acuosa, á la dosis de X á XXX gotas, adicionada con algunas gotas de *éter clorhídrico* y de *agua de menta piperita*. Aconsejaba además que se administraran, dos horas después de las comidas, de $0^{gr},40$ á $0^{gr},60$ de *bilis de buey* ó *de cerdo*.

5.° Otros trastornos de las funciones intestinales resultan de esta falta de bilis; así, la acidez de las materias fecales, desprovistas de bilis, provoca cólicos intensos y dolorosos en ciertos ictéricos por retención biliar. Se prescribirá entonces *bilis de buey, alcalinos, antisépticos intestinales, calmantes*, etc. Hay que evitar la administración de opiados y de alcaloides, pues el poder antitóxico del hígado está disminuído en tales casos.

6.° La falta de bilis en el intestino impide, en gran parte, la emulsión de las materias grasas y su absorción, explicando esto hasta cierto punto la disminución rápida del peso en los ictéricos en general y el enflaquecimiento profundo, sobre todo en los enfermos atacados de ictericia crónica por retención. Se combatirán estos trastornos digestivos con *pepsina, pancreatina*, y en la convalecencia se ordenará un régimen especial compuesto de leche, huevos, gallináceas, carnes blancas, legumbres en puré, hortalizas, frutas y muy pocos alimentos azoados. Se prescribirán

(1) Véase pág. 1806.

también amargos: *quina, genciana, nuez vómica* y *ferruginosos*, aguas de *Orezza*, del *Bussang*, etc.

H. — ELIMINACIÓN DE LOS PRODUCTOS TÓXICOS POR LAS VÍAS RENAL Y CUTÁNEA Y POR EL AUMENTO DE LAS OXIDACIONES

En la ictericia, la bilirubina, la biliverdina, los dos nuevos pigmentos, la biliprasina y el biliprasinato, descritos por Dastre (1), y los ácidos biliares pasan á la circulación general, circulan por la totalidad del cuerpo é impregnan los tejidos, los elementos anatómicos, los humores normales y los patológicos: $0^{gr},05$ de bilirubina matan un kilogramo del animal, y si la bilis segregada en ocho horas se vertiera de una vez en la sangre, determinaría inmediatamente accidentes nerviosos mortales; es nueve veces más tóxica que la orina. En clínica se observan síntomas convulsivos y comatosos análogos á los de la uremia, cuando el paso de demasiada cantidad de bilis á la sangre ha dado lugar á la colesteremia. No solamente son tóxicos estos principios, sino que alteran también la célula hepática, que sufre la degeneración grasosa.

1.° El *riñón* elimina gran parte de ella, siendo en cierto modo, la válvula de seguridad: así, el mayor peligro que puede sobrevenir en la ictericia es la impermeabilidad renal. Por esto es muy importante asegurar, por medio de una *diuresis* activa, la eliminación de estos productos tóxicos, y en particular de la bilirubina, que posee una acción cardíaca especial, hace más lento el pulso y la circulación, determina un soplo cardíaco (Potain, Gangolphe, Morel, Fabre, Teissier), modifica la crasis sanguínea y puede favorecer también la producción de hemorragias.

Cuando el riñón funciona bien, la orina de los ictéricos es convulsiva, narcótica y tóxica á la dosis de 13 centímetros cúbicos por kilogramo; debe su acción tóxica á los residuos de la desintegración celular, á los productos minerales, sobre todo la potasa, á las materias colorantes y al azufre derivado de la taurina, que, incompletamente oxidado, se presenta en forma de materias sulfuradas, sulfo-conjugadas y que debería eliminarse por el intestino. Roger y Surmont (2) han demostrado también el mayor poder tóxico de la orina en la ictericia simple, catarral, litiásica é infecciosa; Chauffard ha probado que, en el decurso de las ictericias hemafeicas, aumenta la acción tóxica de la orina; en cambio

(1) DASTRE y FLORESCO.— De los pigmentos biliares (*Archives de physiologie*, Octubre de 1897, pág. 725).

(2) SURMONT.—Toxicidad urinaria en las enfermedades del hígado (*Archives générales de médecine*, 1892, t. CXXXVIII, pág. 321).

disminuye en el período de estado de la ictericia cuando la orina es escasa. La poliuria y la azouria anuncian y preceden á la curación. Los ácidos sulfo-conjugados, el más importante de los cuales es el indican, existen, según Biernacki, en gran abundancia en la orina de los ictéricos mientras exista un obstáculo al curso de la bilis; vuelven á la cantidad normal desde que las materias fecales recuperan su coloración. Se utilizarán, pues, las propiedades diuréticas de la *leche*, de la *lactosa*, de la *sal de nitro*, del *lactato de estroncio*, del *tartrato neutro de potasa*, del *acetato de potasa*, del *zumo de limón* á dosis elevadas (Frerichs), del *cloruro de amonio* (Baglivio) y del *ácido benzoico* y de sus sales (Harley). Los *ácidos* tienen múltiples ventajas; obran como diuréticos y tónicos, estimulan la secreción gástrica y tal vez la biliar (Harley), mejoran las funciones digestivas y disminuyen la tendencia á las hemorragias por su acción astringente sobre los vasos y sobre la plasticidad de la sangre. Siebert preconizaba sobre todo el *ácido clorhídrico*, Barr recomendaba el ácido nítrico. Esta medicación puede fundarse en los experimentos de Claudio Bernard, que hacía brotar cierta cantidad de bilis tocando el orificio del colédoco con una varilla mojada en un ácido debilitado.

2.° Para aumentar la *eliminación* de estos principios tóxicos por la *piel*, Witkowski practica cada día una inyección subcutánea de 1 centigramo de *pilocarpina*, que considera casi como un medicamento específico de la ictericia; hace desaparecer rápidamente el prurito y ha dado resultados satisfactorios en 30 casos. Se recurrirá á las fricciones secas.

3.° Para activar las *combustiones* y favorecer las *oxidaciones*, se recomendarán la marcha, el ejercicio, la vida al aire libre; se administrará el *benzoato de litina* cuando el examen de la orina descubra la presencia de la leucina y de la tirosina, indicios de una oxidación azoada defectuosa. Por último, en los casos en que la sangre esté muy alterada y cuando la afinidad de la hemoglobina por el oxígeno esté demasiado disminuída, se prescribirán las inhalaciones de *oxígeno*, de *trementina* y la serie de los *cuerpos ozonizantes*.

III

Tratamiento de algunos trastornos morbosos relacionados con la ictericia

El *prurito* de la ictericia sobreviene sin lesiones cutáneas apreciables; las que se encuentran son secundarias, consecutivas á la acción de rascar, y consisten en pápulas de prurigo escoriadas y en vestigios de ara-

ñazos. El tratamiento se dirigirá, pues, contra el *prurito ictérico* y contra las *lesiones* producidas por el *rascar*.

1.° La ictericia, cualquiera que sea su origen, va precedida ó acompañada de comezón muy intensa, generalizada á todo el tegumento y que persiste hasta la desaparición del color amarillo. Este prurito debe compararse al que se observa á veces en la enfermedad de Bright, la diabetes, la tuberculosis, el cáncer del hígado ó del estómago, las gastritis crónicas, las dispepsias, etc.

Además del tratamiento general dirigido contra la afección que ha producido la ictericia, se empleará, para combatir el prurito, una *medicación local* consistente en *lociones*, *pomadas* y *polvos*.

Las *lociones* se harán, bien con *vinagre simple* (de una á cuatro cucharadas de las de sopa por vaso de agua caliente ó de infusión de manzanilla ó de agua de salvado), bien con *vinagre aromático*, al que se ha añadido una pequeña cantidad de *ácido fénico*, ora con *agua fagedénica* (de una á cuatro cucharadas por vaso de agua), ora con *alcohol alcanforado* diluído, una parte por tres de agua caliente, bien con soluciones de *cloral* ó de *ácido fénico* al centésimo, bien con *agua clorofórmica* ó *licor de van Swieten*, ó ya en fin con soluciones de *naftol* (1 á 2 por 100) ó de *ictiol* (5 á 10 por 100). Las dos preparaciones siguientes son muy útiles:

Sublimado	aa.	0 gr. 30
Clorhidrato de amoniaco		
Alcohol alcanforado		30 gramos
Agua de laurel-cerezo		300 —

M. s. a.

Ictiol		5 á 10 gramos
Alcohol	aa.	40 —
Éter sulfúrico		

M. s. a.

La tenacidad de ciertos pruritos ictéricos explica el que se hayan empleado medicaciones tan numerosas y variadas. Si las lociones no dan resultado, se recurrirá á las *pomadas* siguientes:

Glicerolado de almidón	60 gramos
Acido fénico	1 —
Esencia de menta	V á X gotas

M. s. a.

Unciones mañana y noche; espolvoréese luego con polvo de almidón.

Se emplearán también ventajosamente *glicerolado tartárico* (1 gramo de ácido tartárico por 20 á 40 gramos de glicerolado de almidón), una pomada con *naftol* (al décimo ó al vigésimo) ó con *mentol*.

Por último, se emplearán los *polvos* compuestos con polvo de almidón, al que se añadirá del 5 al 25 por 100 de *subnitrato de bismuto*, de *carbonato de bismuto* y de *óxido de zinc*.

Los *enemas* de agua fría calman el prurito de los ictéricos (Chauffard). Dujardín-Beaumetz aconsejaba *baños de vapor*, Murchison preconizaba los *baños con ácido acético* (en la proporción de ¼ de litro de ácido por 13 litros de agua).

Los *baños alcalinos* también son útiles. Por último, las *duchas* calientes en forma de lluvia, con el ajuste de regadera, de uno á dos ó cuatro minutos de duración, repetidas todos los días, no deben olvidarse en los pruritos rebeldes. Están indicadas, lo mismo que los baños de vapor y la envoltura húmeda, cuando hay *lesiones* producidas por la *acción de rascar*, las que se tratarán además directamente por envolturas húmedas con agua de almidón recubiertas de tafetán engomado. Cuando se habrá calmado la irritación, se empleará una pomada con *óxido de zinc* al décimo ó al vigésimo, ó bien las *cubiertas impermeables* de Unna. En uno de los casos clínicos que Perrin ha tenido á bien referirnos, Besnier llamaba la atención sobre el *prurigo* de los ictéricos, que comprende alteraciones cutáneas del tipo papuloso urticado y escoriaciones producidas por el rascarse. Este prurigo puede ser á veces preictérico; entonces no es la materia colorante de la bilis el agente directo de su producción; se ha invocado como causa, bien la adulteración compleja de la sangre que se produce en la retención biliar, bien la alteración del hígado. Las lesiones del prurigo ictérico son pápulas y eritema urticado, á veces hemorrágico, desarrollados alrededor de la región pilosa y seguidos de escoriaciones ligeras y superficiales, cubiertas de pequeñas costritas sanguíneas irregulares.

Apenas hay medicación *interna* antipruriginosa, pues la mayoría de los medicamentos que se emplean contra las hiperalgias *(opio, cloral, bromuros*, etc.), muchas veces excitan el prurito, cuando no lo provocan. Habrá que insistir sobre todo en el régimen, la leche, los alcalinos, los antisépticos intestinales, etc.

La *medicación externa* consiste: 1.° en *baños* de vapor, *duchas* calientes en forma de lluvia, de regadera, *envoltura* húmeda; 2.° *lociones;* 3.° *polvos;* 4.° *pomadas.*

Las *lociones* se harán con las soluciones siguientes:

Glicerina (5 por 100 de agua hervida).

Hojas de coca (1 á 5 gramos por litro de agua).

Vinagre común (5 á 10 gramos por litro de agua).

Ácido fénico (25 centigramos á 1 gramo por litro de agua).

Ácido salicílico (25 centigramos á 1 gramo por litro de agua).

Bicarbonato ó *salicilato de sosa* (1 á 10 gramos por litro de agua).

Deutocloruro ó *cianuro de mercurio* (1 á 50 centigramos por litro de agua).

Coaltar saponinado (5 á 25 gramos por litro de agua).

Ictiol (olor insoportable, 1 á 10 gramos por litro).

Cloral (5 á 25 gramos por litro de agua).

Bromuro de potasio (5 á 25 gramos por litro de agua).

Carbonato de potasa (5 á 10 gramos por litro de agua).

Cianuro de potasio (1 á 5 gramos por litro de agua, si no hay ulceraciones).

Se aplicarán *polvos* compuestos de 1 á 3 gramos de *ácido salicílico*, de 4 á 25 de *óxido de zinc* y de *subnitrato de bismuto* por 100 gramos de almidón.

Las *pomadas* contendrán *óxido de zinc* y vaselina en partes iguales. Podrá añadirse á ellas el *mentol* á la dosis de 1 centigramo á 1 gramo por 100. Por último, los *ácidos fénico* y *salicílico* se utilizarán en la proporción de 1 á 3 por 100; el *naftol* puede emplearse á la dosis de 5 á 15 por 100. También se han recomendado las embrocaciones con *aceite de olivas* ó de una mezcla de dos partes de *glicerina* por una parte de *cloroformo*.

2.° Dujardin-Beaumetz ha insistido sobre la *urticaria* que sobreviene en la convalecencia de las ictericias infecciosas, y en particular en las ictericias por retención que se han convertido en infecciosas. En el momento en que la bilis se vierte de nuevo en mucha cantidad en el intestino es cuando puede verse aparecer una erupción de urticaria muy intensa. Es debida muy probablemente á la absorción de las toxinas contenidas en la bilis retenida en el hígado y que tienen alguna analogía con los principios tóxicos, la mitilotoxina, que se producen en el hígado de los moluscos. En esta erupción urticada, que es una manifestación de los fenómenos de intoxicación debida á la reabsorción de esta bilis tóxica que se derrama en el intestino en el momento en que se vence el obstáculo, están indicados sobre todo la *antisepsia intestinal* y el *régimen lácteo*.

Cuando la ictericia infecciosa benigna tiende á agravarse, no se olvidará la antisepsia general. Se dará *quinina* ó *salicilato sódico* á dosis elevadas, y si es necesario, se practicarán, según aconseja Arnozan, inyecciones de 1 centímentro cúbico de una solución *fenicada* al quincuagésimo. La adinamia y la hemorragia se tratarán por los medios habituales. En los casos en que la ictericia infecciosa vaya acompañada de trastornos

cardíacos, de tendencia al colapso ó á las lipotimias, se levantará la tensión arterial con *cafeína*, *esparteína* y *digital*. Se mejorará la nutrición general por los tónicos habituales (*quina*, *coca*, *kola*, *hierro*, *glicerofosfatos*, etc.). Por último, se investigará cuidadosamente la causa de cada caso de ictericia, en particular, para hacerla desaparecer en la medida de lo posible.

IV

Indicaciones terapéuticas especiales de algunas variedades de ictericia

1.° En las *ictericias por policolia*, se recurrirá á los agentes moderadores de la secreción biliar. El régimen lácteo disminuye la sobreactividad de la función biliar, que disminuirá también si se obra sobre la *piel* (baños alcalinos, fricciones, masaje, sudoríficos ligeros) ó sobre los *riñones*. Se tendrá cuidado de no prescribir más que diuréticos ligeros, sin acción irritante para el epitelio renal.

2.° En las *ictericias de forma congestiva*, se acudirá á los *revulsivos* locales y hasta á las aplicaciones de *sanguijuelas* en el hipocondrio y preferentemente en el ano.

3.° La *ictericia emotiva* (1) no puede ponerse en duda. Potain, Rendu y Chauffard citan casos indiscutibles de ella. Frerichs refiere que un duelista bajó el arma al ver que su adversario se había puesto amarillo súbitamente. En el Hôtel-Dieu hemos tratado á un enfermo que presentaba ictericia intensa cinco horas después de haber sido atacado por unos ladrones. El espasmo del colédoco es posible, puesto que Doyon ha comprobado una constricción del esfínter biliar de tres cuartos de hora de duración, después de la excitación de los nervios esplácnicos mayores y á veces del estómago ó del intestino. Según Dujardin-Beaumetz, este espasmo no es nunca bastante intenso ni bastante persistente para producir una detención duradera al paso de la bilis: ésta sería absorbida por la mucosa de los conductos excretores. Los experimentos de Heidenhaim y de Picard prueban la posibilidad de esta reabsorción biliar á este nivel. Pero las más de las veces la ictericia emotiva constituye un tipo de proceso por reacción nerviosa (Chauffard); en este caso, conviene obrar sobre el elemento nervioso, prescribiendo *bromuro*, *éter*, *agua clo-*

(1) Véase CHAUFFARD, *Arch. générales de médecine*, Octubre, 1890.— DARAIGNEZ, *Pathogénie de l'ictère émotif*. Tesis de París, 1890.— LAFFITTE, *De l'ictère émotif*. Tesis de París, 1895.—POTAIN, De la ictericia emotiva (*Semaine médicale*, 22 Agosto, 1895).

rofórmica, sales de zinc ó *belladona;* por último, para impedir la producción y la acumulación de las toxinas, se dará *salicilato de naftol,* asociado al *salol,* medicamentos que, eliminándose en parte por la bilis en forma de combinación salicílica, realizan á la vez la antisepsia intestinal y la biliar. Los *calomelanos,* á dosis fraccionadas, son muy útiles. Se prohibirán las bebidas alcohólicas, se prescribirá la leche y los enemas fríos abundantes preconizados por Krull. Pero, por regla general, estas ictericias emotivas ó nerviosas no ofrecen gravedad.

4.° La *forma prolongada de la ictericia catarral,* observada por Frerichs y estudiada por Dieulafoy (1) y por H. Herzenstein (2) se tratará con perseverancia por el régimen lácteo, las irrigaciones abundantes de *agua bórica* fría en el recto, el *salol* y el *salicilato de naftol,* y los *calomelanos.* Esta medicación acaba de darnos buenos resultados en un caso de ictericia prolongada que databa de dos meses cuando el enfermo ingresó en el hospital.

5.° *Ictericias crónicas secundarias.*—A.—Según hemos visto en el capítulo precedente, la ictericia puede acompañar á la congestión pasiva del hígado consecutiva á las cardiopatías valvulares. Esta *ictericia cardíaca* consiste las más de las veces en un estado subictérico, en el que las orinas son ricas en urobilina; con mayor rareza, la ictericia de los cardiohepáticos es, según Hanot, belifeica y á veces hemafeica, siendo secundaria, accesoria, y más bien un fenómeno episódico de la congestión pasiva del hígado cardíaco; está indicado el mismo tratamiento.

B.—Legendre ha presentado á la Sociedad médica de los hospitales (2 de Abril de 1897) un joven atacado de *ictericia urobilinúrica crónica* de doce años de duración, la cual se acentuaba en la estación calurosa, sin decoloración de las deposiciones y acompañada de trastornos digestivos. Hayem ha observado tres casos de esta ictericia crónica con urobilinuria, que es notable por su duración considerable, sus relaciones con la dispepsia y su resistencia á todos los tratamientos.

C.—Las ictericias consecutivas á las *cirrosis* y en particular á la cirrosis hipertrófica biliar de Hanot, las ictericias *litiásicas* y la *ictericia de los recién nacidos* serán objeto de capítulos especiales.

6.° *Ictericias debidas á las intoxicaciones.*—La principal indicación terapéutica consiste en evitar las múltiples intoxicaciones (cloroformo, éter, mercurio, cobre, arsénico, antimonio, plomo, fenilhidrazina (A. Auld), lactofenina (Straus), toluilendiamina (Minkowski, Stadelmann, Afanassieff) que pueden dar lugar al desarrollo de la ictericia.

(1) Dieulafoy.—*Semaine médicale,* 1888, pág. 270.
(2) Herzenstein.—*Thèse de Paris,* 1890.

7.° *Ictericias llamadas hemafeicas ó hematógenas.*—Las investigaciones experimentales hechas con esta última substancia han contribuído mucho á desvirtuar el concepto de Gubler sobre la *ictericia hemafeica*, y á demostrar que la transformación de los productos cromógenos procedentes de los glóbulos rojos se opera en el hígado. En suma, las ictericias tóxicas, hemáticas en apariencia, son en realidad hepáticas: «La ictericia es función morbosa de la célula hepática, así como la biligenia es su función normal» (Chauffard). Sin embargo, si no puede admitirse la ictericia hemafeica de Gubler, Dreyfus-Brisac, etc., es cierto que en clínica se encuentran una serie de ictericias *hemáticas*, generalmente poco acentuadas, en cuya patogenia la alteración de los hematíes desempeña un papel preponderante. Están relacionadas sobre todo con el paludismo, y en particular con las formas biliosas hemoglobinúricas (Kelsch, Boisson) (*loc. cit.*), en las que la destrucción de los glóbulos es considerable. Hayem ha descrito un caso de ictericia hemática por hemoglobinemia sobrevenida en el curso de una fiebre de fatiga en un hombre atacado de nefritis intersticial; lo atribuyó á una destrucción en masa de los glóbulos rojos probablemente por alteración del plasma. A una desglobulización exagerada y á una alteración funcional del hígado son debidas las ictericias análogas que se encuentran principalmente en los saturninos, en los alcohólicos, en el curso de las pirexias y flegmasías agudas y de las enfermedades crónicas del hígado, tales como la cirrosis atrófica (Chauffard).

Las dos indicaciones terapéuticas principales consisten en suprimir la causa de estas ictericias y en devolver á la sangre su riqueza globular por medio de los *tónicos*, *ferruginosos*, *arsenicales*, etc.

8.° *Ictericias infecciosas consecutivas á una enfermedad general aguda.*—La ictericia que se observa en la *fiebre amarilla*, el *tifus fever*, la *fiebre con recaídas*, la *fiebre tifoidea biliosa*, la *escarlatina*, la *piohemia*, el *estado puerperal* y el *dengue* debe tratarse según la terapéutica general de estas enfermedades infecciosas (1). Los médicos ingleses que observan el *beriberi* en la India han indicado además un tinte subictérico con congestión del hígado y decoloración de las deposiciones; se trata más bien del paludismo. La ictericia acompaña con frecuencia las diversas manifestaciones del *paludismo agudo ó crónico;* no exige indicaciones especiales. Boisson (2) acaba de describir en la intoxicación palúdica una ictericia puramente hemática, debida á la impregnación de los tejidos por la hemoglobina sustraída á los hematíes y transformada en hematina. El

(1) Rendu.—*Ictères toxiques liés à des maladies infectieuses* (*Bulletin médical*, 28 de Mayo de 1893).

(2) Boisson.—*Gaz. hebdom.*, 1896, pág. 329.

mecanismo de la reabsorción hepática no interviene como causa. En el Tonquín hemos observado casos análogos, sobre todo en palúdicos antiguos que presentaban accesos hemoglobinúricos. En semejante caso se insistirá en los *ferruginosos*, los *arsenicales*, los *tónicos* y en el tratamiento del *paludismo* (véase este artículo).

La *disentería* de los países cálidos coincide con bastante frecuencia con un estado bilioso y con la ictericia debidos á la obstrucción de las vías biliares. Indudablemente es resultado de un estado catarral de su mucosa y de la del duodeno. Hanot ha publicado, sin embargo, un caso de ictericia hemafeica, desarrollado en el curso de una disentería. El régimen lácteo, los antisépticos intestinales, el *salol*, los *calomelanos* y principalmente la *ipecacuana*, dada según el método brasileño atenuado, y el *sulfato de sosa* á pequeñas dosis, será lo que se empleará sobre todo.

Por último, la *quinina*, los antisépticos hepato-intestinales, los calomelanos, etc., se dirigirán contra la ictericia de las *fiebres biliosas de los países cálidos* que, según Corre y Planté, son independientes de la malaria é idénticas á las fiebres del mismo nombre observadas á principios y á últimos del verano en nuestros climas templados. En la India, Dhargalker (1) emplea, para el tratamiento de la ictericia, el *Moringa ptérygos perma*.

La ictericia raras veces se observa en el *cólera;* es ligera, fugaz y benigna. Galliard (2) invoca una infección secundaria; Oddo admite una alteración transitoria del epitelio biliar por la influencia de la eliminación de la ptomaína colérica; compara esta ictericia fugaz con la albuminuria transitoria, fenómeno tardío del período de reacción. La ictericia, que complica á veces la *erisipela* y la *pneumonía*, no presenta indicación terapéutica especial. Habrá que insistir en el tratamiento de estas ictericias consecutivas á una enfermedad general infecciosa aguda, en el uso del *sulfato de quinina* y de los *antisépticos intestinales* (benzonaftol y preferentemente salicilato de naftol y salol), de los *tónicos* y de la *quina*. Deberá rechazarse el *alcohol* en todas sus formas. Netzetsky da 2 centigramos de *nitrato de plata* al día, en los casos de ictericia infecciosa.

9.° *Ictericia consecutiva á una enfermedad general crónica.*—Merece especial mención la ictericia sifilítica precoz, del período secundario. Ha sido estudiada por Gubler, que la atribuye á una roseola interna del conducto colédoco; por Lancereaux y Cornil, que la refieren á una adenopatía del hilio; por Harley, que acusa á una intoxicación mercurial; por

(1) DHARGALKER.—*Indian med. chir. Rev.* Bombay, 1896, IV, pág. 433.

(2) GALLIARD.—La ictericia y las alteraciones de las vías biliares en el cólera (*Semaine médicale*, 1892, pág. 406).

Neumann (1), quien da una exposición de los autores franceses, alemanes é ingleses, resume trece casos personales é invoca, como patogenia, la proliferación endotelial de las paredes de los vasos. G. Lewin refiere la ictericia sifilítica á la tumefacción de la mucosa de las vías biliares; Lasch (2) con tres observaciones personales da un cuadro sinóptico de cuarenta y seis casos de ictericia sifilítica procedentes sobre todo de autores franceses. Aschner (3) y Werner (4) han aportado algunos nuevos datos. Como se ve, la patogenia de esta ictericia es bastante obscura, y actualmente se tiende á referirla á la hepatitis secundaria precoz debida á una manifestación visceral específica y comparable á las nefritis secundarias.

La ictericia llamada sifilítica es más frecuente en la mujer; aparece con lentitud, se desarrolla en algunos días (Rendu), en pleno período secundario, con preferencia entre el segundo y el tercer mes que siguen á la infección sifilítica. Las más de las veces coinciden con erupciones de roseola, de sifílides pápulo-escamosas ó pustulosas. Es el único carácter distintivo de esta ictericia, que ofrece todos los rasgos de la ictericia catarral vulgar.

Las medicaciones habituales de la ictericia catarral no dan ningún resultado, al paso que el tratamiento antisifilítico mixto, *mercurial* y *yodurado*, no tarda en hacer desaparecer esta ictericia. Recidiva con bastante facilidad si se suprime el mercurio demasiado pronto. Indica falta de resistencia de la célula hepática; es un aviso importante para el médico y para el enfermo (Cardarelli).

Esta observación, que nos servirá de *conclusión*, puede aplicarse también á todas las ictericias benignas, que la alteración de la célula hepática y la disminución de la permeabilidad renal tiende á agravar. Por medio de las medicaciones precedentemente indicadas, deberá evitarse á toda costa esta insuficiencia hepática relativa, después absoluta, que transforma de un modo progresivo y por grados sucesivos una ictericia primitivamente benigna en una ictericia grave. Las ictericias metapigmentarias son las que están expuestas principalmente á esta desagradable eventualidad. No debe olvidarse además que muchas veces la curación de las ictericias benignas es más aparente que real; que un primer ataque, aunque sea ligero, disminuye notablemente el papel protector de la célula hepática y la pone en estado de inferioridad marcada ante las toxi-infecciones, contra las que debe luchar incesantemente. La célula ha sido lastimada, el hígado ya no es virgen, empleando la expresión de Boix,

(1) Neumann.—*Wiener med. Presse*, 10 Noviembre de 1895.
(2) Lasch.—*Berlin. klin. Woch.*, n.º 48, pág. 906, 1.º Octubre de 1894.
(3) Aschner.— *Wien. med. Woch.*, 1896, XLVI, pág. 1411.
(4) Werner.—*München. med. Wochenschr.*, 1897, pág. 736.

y el porvenir es arriesgado. Por último, el examen de la orina sugiere importantes indicaciones desde el punto de vista del pronóstico. En efecto, existe una relación constante entre la urobilinuria (1), que se descubre fácilmente por medio del espectroscopio, y las lesiones degenerativas del hígado (Hayem). Todo hepático, curado en apariencia, que conserve urobilinuria y que tenga glucosuria alimenticia (Chauffard) (2), debe considerarse siempre como enfermo, pues todo incidente patológico intercurrente, toda influencia morbosa, aun sin importancia en apariencia, pueden, en esta fase de menor resistencia, provocar la fatiga hepática (3) y la insuficiencia funcional del hígado. Deberán alejarse, pues, con cuidado todas las causas de autointoxicación y de infección (4) que corren riesgo de producirse mientras la célula hepática no ha recuperado la plenitud de sus funciones fisiológicas (5).

(1) KIENER y ENGEL.—De las relaciones de la urobilinuria con la ictericia. *Société de Biologie*, 1888, pág. 678.

(2) CHAUFFARD.—De la curación aparente y real en las afecciones hepáticas (*Arch. gén. de Médecine*, 1890, t. 135, pág. 399).

(3) CASSAET y MONGOUR.—De la facilidad de la fatiga hepática, *Société de Biologie*, 1894, pág. 753, y *Gazette hebdom. de Paris*, 23 Febrero de 1895.

(4) DUPRÉ.—*Des infections biliaires*. Tesis de París, 1891.

(5) GIRODE.—De las infecciones con ictericia (*Archives générales de médecine*, 1892, t. CXXXVIII, págs. 412 y 555).

CAPÍTULO XLIII

TRATAMIENTO DE LAS ICTERICIAS GRAVES

POR

V. THÉVENET

Ayudante de clínica en la Facultad de Lyón

Traducción del Dr. D. JOSÉ A. MASIP

I

Consideraciones generales

La denominación de ictericia grave fué aplicada por Ozanam (1847) á un síndrome entonces tan obscuro, que lo mejor que podía hacerse era caracterizarlo con dos palabras, y estas dos palabras sin pretensión se adaptaron tan bien á su objeto, que la denominación, nacida de la urgencia, ha sobrevivido á pesar de lo que tenía de provisional, del mismo modo que los hechos sobreviven á las teorías. Tal vez dentro de poco, el capítulo de las ictericias graves habrá desaparecido de los Tratados de Patología, absorbido sobre todo por la insuficiencia hepática más adecuada á la patogenia; pero al principio de una observación clínica, la denominación más expresiva y más lata de ictericia grave está mejor y prevalecerá durante mucho tiempo, para designar el conjunto sintomático esquematizado de la manera siguiente por Hanot: «Estado tifódico con ictericia y hemorragias», podría añadirse: «que termina generalmente por la muerte.»

Con relación al hígado, la expresión ictericia grave representa algo comparable á la apoplejía en la nosografía del cerebro, á la asistolia para el corazón (Rendu), á la uremia para el riñón: la patología de cada órgano tiene, por decirlo así, su encrucijada, á partir de la cual los procesos morbosos, llegados allí por caminos distintos, pero convergentes, siguen una vía común.

Decimos *las* ictericias graves (Jaccoud), precisamente por recordar la diversidad de caminos por donde se llega á este síndrome: ya por la cirrosis hipertrófica, ya por una infección general, ya por la litíasis biliar, etc., instantánea ó rápidamente, ó después de largos preámbulos ó por etapas; ictericias *graves desde el principio,* ictericias *agravadas.* Sin embargo, una vez franqueada esta encrucijada, puede decirse que no hay *distintas* ictericias graves como no hay distintas apoplejías, asistolias, uremias, sino en cada especie solamente variedades.

No es lógico ni hay costumbre de hacer contribuir esencialmente el pronóstico en la delimitación de una entidad morbosa. Los cirujanos ya casi no admiten que se requiera la condición de la muerte para que haya derecho á considerar como tetánico legítimo á un individuo. Científicamente, toda enfermedad puede curar sin cambiar por esto de naturaleza: queremos indicar, por ejemplo, que el día que el cáncer sea curable, no dejará de ser el mismo cáncer. Así, aunque la ictericia grave haya desmentido raras veces el sinónimo de «fatal jaundice» que le impuso Budd, no se ha conservado para los sobrevivientes la categoría de ictericias seudograves creada por Grellety (1873).

La ictericia grave, en suma, es un episodio agudo habitualmente terminal, aunque no fatal por necesidad.

Sin descender á detalles, con lo que nos apartaríamos del plan de esta obra, veremos de precisar nuestras ideas sobre este síndrome con algunas reflexiones relativas á sus rasgos esenciales.

A. — LAS CAUSAS. — LAS CATEGORÍAS

1.° Ictericias graves secundarias

«La ictericia grave, dice Hanot (1), es sobre todo secundaria. En general, la destrucción final de la célula hepática no tiene lugar súbitamente más que en apariencia: va precedida y preparada por cierto grado de alteración.» Veremos que, en efecto, muchas infecciones no se localizan en el hígado, sino atraídas por una lesión anterior; pero la incertidumbre en que nos encontramos la mayoría de las veces con motivo del papel más ó menos importante que debe atribuirse á esta última, deja bastante campo todavía á las ictericias graves primitivas.

La *retención biliar,* cualquiera que sea su causa, litíasis ó cáncer, debilita la célula hepática, que se intoxica lentamente por sus propios

(1) V. HANOT.—Consideraciones generales sobre la ictericia grave *(Sem. méd.,* 1893, pág. 373).

productos. Además, todo líquido segregado que se acumule por falta de excreción, se convierte en medio favorable para los gérmenes patógenos. Se obtiene la cistitis purulenta en los animales, provocando por la ligadura temporal del pene la distensión vesical, del mismo modo que la infección del uréter seguida de ligadura ocasiona el desarrollo de la ureteritis, de la pielitis ó de la nefritis supurada (Hallé y Albarrán). Dupré ha comparado con estos procesos la fácil infección de las vías biliares que se han hecho impermeables. Sin embargo, la ictericia grave es una complicación rara de la obstrucción de los conductos.

Con mucha más frecuencia se ve que una ictericia infecciosa ó tóxica, de aspecto al principio benigno, degenera con rapidez en tifus hepático, rápidamente mortal; es la verdadera *ictericia agravada*.

Por fin, toda lesión crónica que interese el parénquima del hígado, todas las *cirrosis* y *degeneraciones* diversas pueden desarrollarse bruscamente de esta manera, y habría motivo para investigar y precisar el papel de las infecciones consecutivas en esta bancarrota súbita de un elemento anatómico en déficit desde mucho tiempo. Pero, la terminación por ictericia grave de las afecciones que interesan la célula hepática dista mucho de ser obligada, como tampoco la uremia suscribe por necesidad el final de todo proceso que interese el laberinto del riñón. Un cirrótico muere por hematemesis ó pneumonía, del mismo modo que un renal muere por hemorragia cerebral ó asistolia; los dos pueden sucumbir por la pleura ó por el pericardio, sin contar otras muchas terminaciones.

De todas ellas, la enfermedad de Hanot, la cirrosis hipertrófica con ictericia, es la que más comúnmente termina de este modo, tendencia que concuerda con el aspecto infeccioso ó tóxico que reviste esta obscura afección.

La fiebre tifoidea, la pneumonía, la tuberculosis miliar, la sífilis secundaria y la septicemia pueden complicarse con ictericia grave, bien porque el virus específico, no habiendo agotado en su medio favorito su malignidad extrema continúe en actividad en el hígado, bien porque la célula hepática se muestre excepcionalmente vulnerable á toxinas que de ordinario son inofensivas para ella; bien, por último, porque su agobio momentáneo en esta lucha, que es la infección, arrastre á la complicidad los gérmenes testigos. Aquí se trata de una cuestión de predisposición, de la que volveremos á hablar más adelante. Sea de ello lo que fuere, este terreno ofrece una transición de la ictericia grave evidentemente secundaria, á los casos en que el virus morboso ataca al hígado directa y casi exclusivamente, ó al menos con intensidad bastante predominante para que sea dudosa una localización originaria distinta.

2.° Ictericias graves primitivas

«Llamo primitiva á una ictericia grave que aparece estando la célula hepática previamente indemne, que representa toda la evolución, desde la α hasta la ω (Hanot).»

El tipo de la ictericia grave primitiva se obtiene á la perfección por un veneno, el *fósforo*, ó por una enfermedad indudablemente infecciosa, la *fiebre amarilla*. Un producto soluble microbiano y un cuerpo tóxico mineral producen el mismo resultado. El fósforo, según la expresión de Stadelmann, es «el veneno de la ictericia grave»; en la intoxicación fosfórica aguda y en la ictericia grave hay casi identidad de lesiones y de síntomas (Chauffard). De un modo parecido, en la patología del riñón, conocemos un veneno que puede sobreponerse á los agentes patógenos de las nefritis agudas: el fósforo, con su predilección funesta por la célula hepática, es verdaderamente la *cantárida del hígado*.

Se ha discutido la cuestión de si, fuera de la fiebre amarilla, existen ictericias graves primitivas. Sería verdaderamente difícil rehusar este nombre para *epidemias* tales como la observada en Lille en 1878 por Arnould y Coyne; para el *tifus hepático* de los poceros (Landouzy) y para cierto número de casos aislados en los que un microbio patógeno, estafilococo, estreptococo ó coli, parece que ha sido la causa del mal. La opinión contraria la expone Boix (1) de la siguiente manera: «Dada una infección cualquiera, será infección ó septicemia si el hígado está intacto; al contrario, se convierte en ictericia grave... si el hígado ya está comprometido, si tiene un pasado patológico cualquiera, declarado ó latente.» Para nosotros, reservando las cuestiones de predisposición y de especificidad, de las que hemos prometido tratar más adelante, nos parece que los casos de que acabamos de hablar deben colocarse, hasta que se pruebe lo contrario, «en la categoría excepcional en que la causa actual es bastante poderosa para determinar toda la enfermedad.» Y el autor que acabamos de citar y que hemos visto tan poco inclinado á ver una enfermedad primitiva en la ictericia grave, declarada por él «ante todo consecutiva,» Hanot, resuelve así la cuestión: «Podrían reunirse en un grupo, el grupo de las ictericias graves primitivas, la ictericia grave por envenenamiento fosfórico, la ictericia grave de la fiebre amarilla, las ictericias epidémicas y la ictericia grave esencial.» ¿Y por qué limitaremos sólo al microbio de la fiebre amarilla el derecho de atacar una célula hepática sana hasta entonces? Aunque el fósforo sea el veneno de la ictericia

(1) Boix.—*Manuel de path. int.* de Debove-Achard.

grave ¿no vemos, además de él, el antimonio y el arsénico capaces de obrar á veces de igual suerte? De la misma manera, en la economía frágil del niño y aun por excepción en un individuo adulto que presente todas las apariencias de salud, un microbio habitualmente inofensivo, que con toda probabilidad no es más que el conocido coli communis, reproduce en nuestros países el cuadro clínico del cólera de las Indias. En patología general, no existen los monopolios.

A.— *De algunas causas predisponentes.* —Hanot creía que desde el nacimiento podía existir cierta *debilidad de la célula hepática,* que de este modo estaría predispuesta á las lesiones degenerativas, y encuentra en la ictericia de los recién nacidos la confirmación de esta opinión. En efecto, es imposible no hacer entrar, como Jaccoud, en la clase de las ictericias graves «las formas mortales de este grupo mal definido» en el que no hemos insistido. Habría interés en investigar si esta predisposición congénita es uno de los atributos del *alcoholismo hereditario,* como para el síndrome convulsivo ó delirante y aun la corea, que no atacan más que los sistemas nerviosos débiles.

¿Qué ha de decirse de la predisposición por el *alcoholismo adquirido,* sino que es evidente? Hanot, tan poco inclinado á multiplicar los casos primitivos, manifiesta una tendencia á considerar que la infección no hace más que precipitar una lesión ya empezada: «¿No pensáis que el tifus hepático atacará con mayor seguridad á un pocero alcohólico que á otro que viva sobriamente?»

En las *caquexias,* los elementos nobles debilitados y mal protegidos quedan sin defensa contra las agresiones toxi-infecciosas: los cambios son más limitados, las oxidaciones disminuyen y los residuos orgánicos anormales resultantes de una desasimilación imperfecta contribuyen á la decadencia de los parénquimas.

La *gestación* figura en el primer lugar de gravedad de las ictericias (Bardinet). «Este estado va acompañado con frecuencia de torpeza del parénquima hepático más cargado de grasa; al mismo tiempo el corazón está dilatado muchas veces; la presión está modificada; el riñón funciona mal (Charrin).» Aparte de estos datos etiológicos, la ictericia grave de la gestación no difiere esencialmente de cualquier otra. Pero hay que tener presente que se han atribuído al hígado ciertos casos de eclampsia sin alteraciones renales y acompañados á veces de ictericia: *eclampsia colémica* (1). Indudablemente no hay más que una pequeña diferencia en la reacción orgánica provocada por dos procesos con toda probabilidad muy parecidos.

(1) V. Vinay.—*Maladies de la grossesse*

Según veremos después, el riñón contribuye á la ictericia grave casi tanto como el hígado. Con frecuencia uno y otro órgano son atacados simultáneamente por el mismo agente infeccioso ó tóxico realizando una verdadera «hepato-nefritis de marcha aguda» (Richardière) (1). A falta de semejante bilateralidad de la acción patógena, una *lesión anterior del parénquima renal,* haciendo más lenta y menos completa la eliminación de los venenos endógenos y exógenos, provocará una inminente gravedad en caso de ictericia. A la inversa, un riñón enfermo estará mejor preparado para sufrir, no solamente la actividad nociva de los virus, sino también la influencia nefasta de las elaboraciones viciosas de un hígado que degenera.

B.—*Especificidad morbosa y especificidad microbiana.*—Después de estas consideraciones etiológicas, y á consecuencia de las notables analogías que ofrece el sistema angiohemático, aparece una asimilación entre las ictericias y las púrpuras. Concretándome al punto de vista toxi-infeccioso, pasaré por alto las ictericias y las púrpuras nerviosas. ¿Pero no es el tifus angiohemático el equivalente del tifus hepático, así como la enfermedad de Werlhof corresponde á la ictericia catarral pudiendo uno y otra ser muy laxos en la forma retardada y proceder por brotes sucesivos? La viruela hemorrágica es comparable á la dotienenteria que provoca la ictericia grave: hay *purpura fulminans* infantil como hay ictericia fulminante de los recién nacidos. La hemofilia representa una predisposición de este órgano ó de este tejido, que es la sangre, bastante análoga á la fragilidad congénita de la célula hepática anunciada por Hanot. La predisposición orgánica cambia, las causas son las mismas, la enfermedad varía. Hígado, sangre y riñón se influyen recíprocamente, pero sufren también sucesiva ó simultáneamente los efectos de una etiología casi común.

Sin embargo, también hay que tener en cuenta las aptitudes microbianas. Si el estreptococo, el estafilococo y el coli, organismos casi indiferentes, parece que obedecen sólo á la disposición del terreno y en general prefieren no obrar más que secundariamente y sobre un medio preparado de antemano por otros más activos, algunos, marcadamente especializados, no juegan todos los papeles en la escena patológica y se dirigen desde luego con predilección á un determinado órgano. Sean las que fueren las excepciones á la ley de Louis, el bacilo de Koch prefiere el pulmón; el espirilo colérico se dirige al intestino; el reumatismo ataca las serosas; el escorbuto desorganiza la sangre y los vasos; la fiebre amarilla destruye la célula hepática. Y lo mismo con los venenos. Hay ciertamente un microbio de la

(1) Richardière. — Sobre un caso de ictericia grave de forma renal (*Sem. méd.*, 1890, pág. 401).

fiebre amarilla (1) capaz por sí solo ó por sus toxinas de desorganizar el hígado, sean cuales fueren las predisposiciones individuales, como sucede con el óxido de carbono, la cantárida, el fósforo, la toxina diftérica ó tetánica, que en un principio atacan cada uno un sistema especial. Aparte de esto, *no hay bacteria específica de la ictericia grave como no la hay de la púrpura*. Con respecto á este punto, el estafilococo, el estreptococo, el coli y el bacilo de Eberth, son comparables al arsénico, al antimonio, al plomo y hasta al alcohol que sólo *asfixian* al hígado gracias á una predisposición.

Así como la pleuresía se presenta más fácilmente, aunque no exclusivamente por el bacilo de Koch, del mismo modo la atrofia amarilla aguda del hígado tiene su agente más eficaz en la fiebre amarilla. Pero no olvidemos que ante todo es un complejo clínico y que un síndrome todavía es mucho menos específico que una lesión: la tisis pulmonar es tuberculosa, sifilítica ó actinomicósica; el síndrome tífico ¿no puede ser simulado y confundirse con la grippe, la granulia y hasta con el pneumococo (B. Lyonnet) y seguramente todavía con otros? Nunca esta verdad ha sido demostrada con tanta claridad y tan repetidamente como después de la prueba del serodiagnóstico. Las mismas lesiones pierden su carácter específico: la ulceración tífica no es un fenómeno exclusivo del bacilo de Eberth (Sanarelli), y las toxinas tetánica y diftérica producen lesiones intestinales lo mismo que el cólera (Courmont, Doyon, Paviot).

B. — EL SÍNDROME

La *ictericia*, las *hemorragias* y los *síntomas nerviosos*, tales son sus elementos esenciales; verdadera «tríada sintomática fundamental» (Chauffard), á la que puede añadirse *la disminución de la cantidad de orina* y de la *cantidad de urea*.

Las denominaciones de *ictericia tifódica* (Lebert) y de *ictericia hemorrágica* (Monneret) han nacido del signo predominante á que hacen referencia.

Jaccoud divide en dos fases la evolución: 1.° un período ictérico, que puede faltar; 2.° un período toxémico, en el cual la ictericia grave se desarrolla con las manifestaciones principales citadas anteriormente: la ictericia especialmente se va pronunciando cada vez más. Sin embargo, «algunos casos, poco numerosos, pero positivos, prueban que puede disminuir y hasta desaparecer, á pesar de que los accidentes prosiguen su

(1) Este artículo hacía algunos días que estaba escrito cuando las publicaciones de Sanarelli precisaron la cuestión.

marcha fatal.» Entonces la bilis no existe ni en el tegumento, ni en las orinas, ni en las heces; la célula ha perdido su poder biligénico: tenemos la *acolia secretoria*.

Ciertamente en la tríada fundamental la ictericia es la que tiene menos importancia. Veremos que desde el punto de vista patogénico no parece indispensable, y de lo que acabamos de citar resulta que de hecho puede faltar. Fuera de los casos en que es metapigmentaria desde el principio y tan poco intensa que puede pasar inadvertida, hay observaciones, excepcionales, es cierto, que prueban la realidad de las *ictericias graves sin ictericia:* «La gravedad de la ictericia depende de las manifestaciones cerebrales y hemorrágicas (Rendu).» «El síntoma ictericia tiene en suma poca importancia en la ictericia grave; la enfermedad no puede reducirse á la fenomenalidad hepática (Girode).»

Los trastornos nerviosos que, según su modalidad, dan la *forma atáxica* con delirio violento y convulsiones, ó la *forma adinámica* á veces *comatosa*, terminan finalmente, por la vía de la *astenia cardíaca*, en el colapso, el cual en la fiebre amarilla es precoz.

En la mujer embarazada, el aborto es casi constante; si es ovular, podrá pasar inadvertido, confundido con las hemorragias.

La disminución de la cantidad de orina y la hipoazouria, constantes cuando la enfermedad está confirmada, indican, aun en los casos excepcionales en que no hay albuminuria, la impermeabilidad renal, y cuando, contra toda probabilidad, sobreviene la convalecencia, se anuncia por la crisis urinaria poliúrica y azoúrica y la hipertoxicidad (Surmont). Richardière distingue una *forma renal*.

Gouget cree que la albuminuria no tiene gran valor como revelatoria de la certeza de una lesión renal; la presencia de cilindros hialinos y granulosos ofrecería alguna mayor importancia.

Un *dolor vivo á la presión del hígado* denuncia el principal sitio del mal. La disminución de volumen del órgano lesionado atestigua que se ha vaciado, por decirlo así, ó cuando menos deprimido por la atrofia de su parénquima. En caso de mejoría, la recuperación de sus dimensiones normales puede efectuarse con increible rapidez. La *hipertrofia esplénica* es constante.

Nada hay fijo respecto del *ciclo febril:* «La atrofia amarilla aguda del hígado puede evolucionar sin provocar movimiento febril» (Jaccoud); las más de las veces hay bien *fiebre*, bien *hipotermia*, que elige de preferencia el período toxémico. Hanot opone á esta hipotermia la hipertermia de la fiebre amarilla; pero en esta enfermedad se observan también algunas veces temperaturas subnormales. La elevación térmica procede de la

infección, el descenso refleja la serie de intoxicaciones exógenas y endógenas. He aquí la explicación más sencilla que vamos á discutir.

C. — LESIONES CARDINALES

Interesan al parénquima hepático, al laberinto renal y la sangre. Como para el síndrome, hay aquí una tríada fundamental.

1.° Parénquima hepático

Sería tan poco lógico buscar en este caso una lesión específica y constante de la célula hepática como en la uremia una alteración unívoca del tejido renal. Todas las inflamaciones, sean intersticiales ó primitivamente parenquimatosas, todas las degeneraciones pueden conducir al aniquilamiento de las funciones del elemento noble. La atrofia amarilla aguda, encontrada 170 veces en 177 casos por Frerichs, es el proceso típico de esta clase, pero no el único: traspasa inadvertidamente la *asistolia* y llega de golpe á la *muerte súbita* de la célula hepática.

En cuanto á las lesiones intersticiales, no son más que accesorias y las neoformaciones canaliculares no tienen nada de específico.

Muy rarísimas veces á simple vista ó por el microscopio no se descubre nada anormal, como si la vida del lóbulo hubiese quedado suspendida funcionalmente, como puede suceder, por ejemplo, con la del riñón (J. Renaut), á consecuencia de un ataque de edema, que después de la muerte no dejará ningún vestigio, como no sea alguna infiltración de los intersticios conjuntivos. Los casos de esta clase se irán reduciendo cada vez más por los progresos incesantes de la técnica.

Stadelmann, para explicar la ictericia de la intoxicación fosfórica admite una especie de obstrucción de los canalículos intralobulares por las células hinchadas, de lo que resulta reabsorción biliar á este nivel. En efecto, en tal caso no puede tratarse de un tapón mucoso de los conductos extrahepáticos, puesto que en los perros envenenados por el fósforo, la ictericia se desarrolla aunque previamente se haya practicado una fístula biliar. Podría objetarse que la reabsorción es posible en los conductos de distribución; y en cuanto á las células hepáticas, muy lejos de estar aumentadas de volumen, ¿no están generalmente atrofiadas? Más racional y más acorde con la anatomía patológica es la ingeniosa hipótesis de Hanot, de una *dislocación de la trabazón* lobulillar.

Parece que es posible la curación, aun después de la atrofia, por regeneración de las células alteradas (Ponfick, Hanot).

2.° Parénquima renal

Pueden encontrarse aquí todas las alteraciones degenerativas é inflamatorias de los epitelios y de los glomérulos, como hemos visto en el hígado, anteriores, simultáneas ó consecutivas á las de este órgano. Sin embargo, la ictericia grave, como la eclampsia, existe á veces, aun faltando las lesiones renales, cuya intervención «no es siempre necesaria ni suficiente para ocasionar la muerte» (Gouget); pero los experimentos de Withla y los de Debove han demostrado la posibilidad de la insuficiencia del riñón sin lesiones apreciables. En definitiva, puede decirse que «el riñón interviene siempre en la producción de los accidentes de la ictericia grave» (1).

Hablaremos después de la influencia nociva del hígado enfermo sobre el riñón; de momento fijémonos en la naturaleza de las alteraciones producidas inversamente en el riñón por el intermedio de la célula hepática (Alonzo y Paulow, Charrin): «Son lesiones de naturaleza degenerativa, que atacan el epitelio de los tubos contorneados y de las ramas ascendentes, y más raras veces el de los tubos colectores. Los glomérulos, los vasos y el tejido intersticial permanecen intactos (Gouget).» Ahora bien, estas lesiones son precisamente las propias de la ictericia grave.

3.° Sangre

Presenta los caracteres infecciosos, es decir, de sangre disuelta: coagulación retardada, coágulo sin consistencia, suero teñido de color sepia. Como la orina, contiene poca urea y muchas substancias extractivas. Su mayor acción tóxica es verosímil, pero no está comprobada.

Aumentando la ictericia en el momento en que las deposiciones son decoloradas y en que el hígado parece que no puede fabricar bilis, se ha pensado que el trabajo de desintegración globular se produce entonces en la misma sangre, gracias á la presencia de los ácidos biliares: «transformación heterotópica de la hemoglobina (Jaccoud).» Esta es la teoría de la ictericia hemafeica, para cuyo crédito falta tan sólo una condición, pero esencial: demostrar que en la economía la transformación de la hemoglobina en bilirubina puede realizarse sin la intervención de la célula hepática. Indudablemente que no es cierta la imposibilidad de este fenómeno; ¿pero de las teorías no debe comprobarse antes que todo su veracidad? Y en último término el hemafeísmo tiene pocos partidarios. Todo parece de-

(1) V. Gouget.—*Influence des maladies du foie sur l'état des reins*, Tesis de París, 1895.

mostrar, al contrario, que la biligenia es la última función que todavía se realiza en el hígado enfermo; imperfecta, termina con la urobilina y los pigmentos modificados, existentes en la sangre, no porque hayan nacido en ella, sino porque se ha vertido allí por los vasos del lobulillo, haya ó no dislocación de la trabazón.

4.° Relaciones mutuas de las lesiones

En nuestras consideraciones sobre las causas, hemos dicho cómo comprendemos para la mayoría de los casos la coincidencia de las alteraciones hepáticas, renales y angiohemáticas: un mismo agente, microbio ó veneno, siempre en último análisis una intoxicación, ataca simultáneamente los tres sistemas.

Pero por otra parte, el estado de cada uno de ellos repercute en los otros dos. La frecuencia de las hemorragias en las cirrosis y en las nefritis, independientemente de toda infección ó intoxicación exógena actuales, prueba de un modo suficiente la repercusión nefasta del riñón y del hígado patológicos sobre los vasos y la sangre. Las degeneraciones grasosas viscerales son de regla en la anemia perniciosa (esteatosis polivisceral de Perroud) y Hanot explica el hecho cierto del clorobrightismo por la disminución de las oxidaciones que produce la nefritis epitelial. Pero un estudio detenido de estas reciprocidades rebasaría los límites de este artículo y nos circunscribimos á un examen rápido de la *influencia del hígado sobre el riñón.*

«El riñón y el hígado están íntimamente ligados por sus funciones. El trastorno de uno de estos órganos puede, pues, llevar al desarreglo del otro... la albuminuria puede ser producida por un trastorno hepático independientemente de toda lesión orgánica de los riñones (Murchison).» No insistiremos más sobre las lesiones simultáneas sin subordinación, sobre la hepatonefritis de Richardière, que significa la desorganización con infiltración grasosa de las células hepáticas, acompañada de nefritis epitelial. «La acción del hígado sobre los riñones puede producirse sin ningún trastorno de la secreción biliar, en cirróticos ó cuando el órgano está enteramente destruído, como en ciertos cancerosos (H. Molliere).» Gouget compara muy acertadamente lo que sucede en este caso con las modificaciones cardíacas en las nefritis: como el corazón que cede y se deja dilatar después de haber logrado compensar durante algún tiempo y en parte la lesión renal, así el riñón «después de haber intentado luchar contra las consecuencias de la insuficiencia hepática, puede á su vez convertirse en insuficiente.»

Hablaremos después de la acción tóxica de la bilis sobre los tejidos en general; podemos decir, sin embargo, desde ahora que nos parece que no tiene mucha importancia. Relativamente al riñón, Gouget, que ha estudiado con mucho cuidado esta influencia, le atribuye poco valor. Por lo demás, de sus experimentos y de los de Surmont, resulta que el poder tóxico de las orinas ictéricas, generalmente aumentado, desciende á veces á lo normal y hasta por debajo de él; pero la uremia puede intervenir en algo. Por último, aparte de la infiltración pigmentaria, las alteraciones del riñón son análogas y casi tan frecuentes en las afecciones hepáticas sin ictericia.

El hígado transforma en urea muchos de los productos tóxicos y detiene á otros para no dejarlos pasar sino poco á poco al filtro renal. La supresión de esta acción reguladora surtirá sus efectos en primer lugar en el órgano depurador. La disminución de la urea, reduciendo la cantidad de orina segregada, puede llegar á provocar, sin lesiones renales notables, la uremia hepática. Las peptonas no retenidas pasarán con la orina. Añádase á esto que, como la bilis no aseptiza al intestino, el medio interno, y por consiguiente el riñón, contarán con una causa más de intoxicación. Entre los distintos principios anormales contenidos en la orina durante el curso de las enfermedades del hígado, todos más ó menos nocivos para el riñón, los más tóxicos parece que son las substancias extractivas y las peptonas (Gouget).

Hemos visto que las degeneraciones renales de origen hepático se localizaban principalmente en el epitelio de bastoncitos. Se impone la comparación con las alteraciones de Ebstein y de Armanni-Erhlich. Con este motivo Charrin recuerda la parte importante que el hígado toma en la glucosuria. Sin embargo, estas lesiones, susceptibles por otra parte de regeneración, serían siempre demasiado restringidas para dificultar seriamente el funcionalismo del órgano; pero prepararían la desorganización fácil y rápida del parénquima por las infecciones ulteriores (Gouget).

D.—NATURALEZA DE LA ENFERMEDAD

En definitiva, la ictericia grave originariamente es una intoxicación microbiana ó mineral, ó sea exógena, ó bien puramente orgánica y endógena. Se concibe que las bacterias puedan determinar todo el proceso, ó solamente completar ó facilitar la obra destructiva iniciada por los venenos de cualquier naturaleza que sean. La «asfixia hepática» (Jaccoud) evoluciona mientras la ictericia grave ocupa la escena.

La palabra ictericia grave ¿es, pues, sinónima de insuficiencia hepá-

tica? No del todo. Desde luego no representa más que un epifenómeno agudo y habitualmente terminal de este déficit lento, y como duración tiene escasa importancia; pero más vasto en su extensión, lo es algo más que la insuficiencia hepática. Hemos visto que los autores más competentes admitían que si bien el riñón podía estar indemne de lesiones, siempre, sin embargo, representa algún papel; en la ictericia grave hay, pues, también uremia y hasta colemia, probablemente poco importante con los pigmentos normales, menos despreciable tal vez con los pigmentos modificados. Es ésta una complicación de orden compuesto, resultante principalmente de la superposición de la más temible consecuencia de las enfermedades del riñón á la más temible consecuencia de las enfermedades del hígado.

E. — LA AUTOINTOXICACIÓN

Así, el proceso primitivamente infeccioso ó de otra naturaleza, desorganiza el parénquima hepático y la porción cortical del riñón, que son intermediarios entre la economía y el agente patógeno. Una vez franqueada esta barrera, el envenenamiento se eleva, por decirlo así, á la segunda potencia por la alteración de los cambios orgánicos. Se multiplica por una *autointoxicación secundaria* analizada por Bouchard, cuyas ideas generales han sido confirmadas ó desarrolladas por aquellos que, después de ocuparse de las autointoxicaciones, se han dedicado á este estudio.

Hagamos notar desde luego como el hombre, tan sensible á la destrucción de la célula hepática, permanece mucho tiempo indiferente á la obstrucción de las vías biliares, con tal que no se añada á ella ninguna infección. Este contraste puede ponerse al lado de la inocuidad relativa de la anuria comparada con la supresión experimental ó patológica del riñón. La secreción biliar no es sino una función casi de segundo orden y mucho más importantes son las secreciones internas.

Supongamos ahora suprimida la glicogenia: el decaimiento rápido y muchas veces irreparable de los sistemas vascular y nervioso, la atrofia aguda de las masas musculares, la astenia y el coma, «las hemorragias que recuerdan la frase de Galeno: *Hepar sanguificum*», todos estos fenómenos y cada uno de ellos en gran parte deben atribuirse, según Hanot, á esta supresión.

Esta autointoxicación se extiende demasiado lejos para que intentemos seguirla á través de la patología general, y nos limitaremos por tanto á un solo elemento de la ictericia grave para comprender su valor. La secreción externa de que hablábamos se ha cambiado en secreción interna, y entretanto no queda suprimida, se vierte en el medio interior: la bilis,

como se dice vulgarmente, se mezcla con la sangre. ¿Qué papel desempeña esta ictericia en la intoxicación?

Según las conclusiones de Bouchard y de Bruin, debería ser considerable: «El hombre fabrica en ocho horas lo suficiente para matarse á sí mismo por la sola secreción hepática,» mientras que «sería necesario para matarle la orina de dos días y cuatro horas... A tiempos iguales, la secreción biliar representa una acción tóxica seis veces más considerable que la secreción urinaria.»

Ciertamente, en las ictericias, aun benignas, se observan signos de un «esbozo de intoxicación,» pero de un esbozo solamente. Por tanto, «hay en la ictericia alguna cosa que se explica mal.» ¿De dónde procede esta tolerancia relativa del organismo para la bilis?

Una eliminación incesante se opera por los riñones. Por otra parte, los experimentos hechos después de la filtración por carbón prueban que la bilis así decolorada es tres veces menos tóxica. Ahora bien, esta materia colorante, principal factor de los accidentes y que hace sentir sus efectos de un modo preferente sobre el sistema nervioso, es fijada primero por otros tejidos que ejercen poco á poco sobre ella «una especie de poder de condensación,» especialmente el tejido conjuntivo. De este modo el organismo está doblemente protegido.

Sin embargo, los experimentos anteriores de Feltz y Ritter, y más tarde los de Tarchanoff y Vossius, atribuían un escaso poder tóxico á la bilirubina. Según Plasterer, Rywosch y von Ackeren, sería, no dos veces mayor, sino mucho menos nociva que las sales biliares.

Es cierto que la clínica aboga poco en favor del poder tóxico elevado de la bilis. Más de un médico ha visto á enfermos que han tolerado durante semanas y hasta meses, y sin consecuencias muy graves, una ictericia intensa, por efecto de una obstrucción tenaz. Por otro lado los animales, á los que Blondlot practicaba una fístula biliar, decaían rápidamente. No dejamos de reconocer el profundo trastorno que de este modo sufren las elaboraciones digestivas, con las putrefacciones intestinales que de ello resultan; pero he aquí, sin embargo, un veneno que, en apariencia, vale más que se absorba que dejarlo perder! En cuanto al tejido conjuntivo, debe llegar muy pronto el momento en que, estando saturado, ya no puede sustraer á la sangre la materia colorante en cuestión. Seguramente la bilis inyectada produce rápidamente efectos nocivos; pero aparte de que la naturaleza en sus operaciones es infinitamente más delicada que el observador más hábil, la lentitud de la reabsorción, que tal vez es parcial, y la dilución inmediata pueden determinar que de hecho este líquido sea, en definitiva, poco nocivo. Por estas razones no atribuimos mucha impor-

tancia á la ictericia en la autointoxicación que representa nuestro síndrome; casi no es más que un síntoma comparable á la albuminuria ó á la glucosuria. Tal vez los pigmentos modificados son más ofensivos; en todo caso, un manantial importante de autointoxicación es el siguiente: el intestino privado de la acción antiséptica y digestiva de la bilis. Pero suena la hora crítica cuando cesa la ictericia por falta de biligenia, desaparición que indica la muerte de la célula; no hay duda que de este modo quedan en la sangre materiales hipertóxicos que no han sufrido las transformaciones que determinan la biligenia. Para producirse ictericia, como para fabricar azúcar, se necesita estar bien hasta cierto punto.

II

Tratamiento

De todo lo que precede debe deducirse que la ictericia grave es un estado en que la producción de los venenos está aumentada con una eliminación de las más defectuosas.—Hemos insistido en las relaciones de esta autointoxicación con la uremia; se encuentran también en la terapéutica de estos dos síndromes; y todo el tratamiento de la uremia, tal como ha sido expuesto en esta misma obra por el profesor J. Renaut (1) podría, en suma, aplicarse á la ictericia grave.

A.—Las indicaciones

Verdaderamente se presentan por sí solas, una vez conocidas las causas, la naturaleza del síndrome y las lesiones que resultan.

Desde luego, en lo que se refiere á la *ictericia agravada*, se procurará prevenir esta complicación tan maligna ó dominarla desde los primeros momentos. De aquí la obligación de preverla en todas las enfermedades en que el hígado está seriamente atacado y conocerla por una investigación atenta de sus signos precursores.

Se ejercerá la vigilancia más activa para apartar del enfermo toda intoxicación exógena y evitarle todo motivo de infección.

Será tan importante favorecer la eliminación de los venenos al exterior como evitar su introducción en la economía, y en este sentido se emplearán medios por los cuales pueda obrarse sobre el funcionalismo de los emunctorios.

Se procurará depurar la elaboración de los alimentos en el intestino

(1) Véase tomo I, pág. 457.

privado de bilis. Pero la nutrición, manantial de venenos endógenos, es sobre todo la que dicta imperiosas indicaciones. Restringir el campo de su funcionalismo á lo estrictamente indispensable, y por otra parte activar la desasimilación imperfecta. Disminuir el combustible, y sin embargo, facilitar la combustión por la calidad ó la abundancia del comburente. Colocar al organismo en un estado comparable al del animal invernante, que no fabricando, por decirlo así, residuos nocivos, se ahorra eliminaciones sensibles, ó en la situación bastante análoga del histerismo ó letargia, cuyo coeficiente respiratorio se ha visto descender á la cifra prodigiosa de 0,30; y á pesar de todo, conservar de un modo suficiente las actividades orgánicas para que las substancias azoadas puedan llegar en gran parte al término de su elaboración perfecta, la urea; en resumen, aumentar en todo lo que sea posible el coeficiente de oxidación.

En las *ictericias graves primitivas*, las indicaciones no son distintas, puesto que hemos visto que entre las dos categorías no hay más que diferencias etiológicas. Sin embargo, como aquí nada puede hacer sospechar la próxima invasión, la profilaxia es más vaga: queda resumida á una buena higiene.

De las lesiones de la ictericia grave se desprenden también preceptos que no son menos precisos. ¿Pero cómo procuraremos por una medicación verdaderamente curativa detener en su evolución las alteraciones degenerativas que hemos enumerado como fundamentales? Por diversas que sean en su naturaleza ó en sus localizaciones, renales, hepáticas ó sanguíneas, tienen desgraciadamente por carácter común el ser casi constantemente progresivas. La regeneración de los parénquimas viscerales puede cumplirse también en el hígado (Hanot, Ponfick); pero no es debida más que á las reacciones favorables de la naturaleza medicatriz, que hasta ahora ninguna terapéutica sabe provocar ni tan siquiera favorecer directamente. Persiste, sin embargo, un desiderátum que debe procurarse cumplir: ayudarlas indirectamente sosteniendo el estado general; sobre todo no administrar ningún medicamento que por una acción, aunque sea ligera, sobre la célula hepática, sea capaz de dificultarlas.

Al lado de las indicaciones generales dictadas por los orígenes del síndrome y por sus lesiones, existen otras de orden secundario y de detalle, que dependen de las localizaciones variables del proceso en tal ó cual órgano: así el predominio de los síntomas nerviosos, de las hemorragias, de la fiebre ó de la hipotermia, el estado de gestación, pueden determinar algunos cambios en la orientación del tratamiento. Estas indicaciones especiales las expondremos cuando correspondan, en el capítulo de la medicación que vamos á empezar.

B. — LA MEDICACIÓN

Para un síndrome que tantas veces se ha calificado de fatal, es tan difícil cumplir las indicaciones como fácil señalarlas. Valdría más, hemos dicho, evitar la lucha impidiendo la enfermedad. Veamos lo que puede la profilaxia.

1.° La profilaxia

A.—ICTERICIAS AGRAVADAS

Todo enfermo atacado de afección importante del hígado, particularmente todo individuo en el curso de una fiebre infecciosa, aún benigna, deberá ser vigilado muy cuidadosamente desde este punto de vista. Se investigarán estos pequeños signos del hepatismo, descritos por Hanot como los homólogos de los pequeños signos del brightismo, precursores remotos de la uremia. Hagamos observar que la glucosuria alimenticia, considerada como signo de insuficiencia hepática, ha perdido mucho de su valor desde las investigaciones de Roque y Linossier. Se interpretará como una advertencia la primera aparición en la orina de la urobilina, de su cromógeno y de la serie todavía vaga de los pigmentos modificados. El descenso de la cifra de urea, la disminución de la cantidad de orina y el aumento de su poder tóxico poseen el mismo significado; indudablemente que nuevos trabajos fijarán dentro de poco la cuestión de la hipertoxicidad de la sangre y de su importancia. Se recordará que la ictericia franca no desempeña más que un papel de segundo orden en el síndrome hepático y que la acolia es el peligro mayor; la urobilina muy probablemente no tiñe el tegumento; se desconfiará de las disminuciones del tinte amarillo.

¿Es superfluo el insistir en la obligación que hay que imponerse de sustraer al hígado enfermo á toda infección ó intoxicación? Más que ningún otro, nuestro paciente deberá alejarse de los focos epidémicos; esta recomendación sería trivial, si no se presentara ocasión de olvidarla, en el hospital por ejemplo. Compararé al enfermo á un niño sarampionoso, terreno tan propicio para las infecciones consecutivas á todos los procesos contagiosos de esta edad: en una sala no se colocará, pues, á un cirrótico al lado de un tifódico ni cerca de un ictérico infeccioso, aunque sea benigno, y mucho menos, por supuesto, junto á un ictérico grave en evolución. ¿No sería bueno saber, razonando también por analogías, si, teniendo en cuenta todas las proporciones, esta complicación, como la

bronco-pneumonía sarampionosa, es más frecuente en el hospital que en la clientela urbana?

La *asepsia* y la *antisepsia* del tegumento serán rigurosas. Hay que recordar que la ictericia grave no es específica, y hemos deducido de ello que todo germen patógeno puede llegar á producirla. Por esto ninguna precaución será excesiva con relación á las heridas accidentales ó provocadas con un fin terapéutico: incisiones operatorias, picaduras de sangría, mordeduras de sanguijuelas, escarificaciones, punciones de serosas. Esto será un motivo más para proscribir los vejigatorios y los tópicos. Se emplearán con parsimonia las inyecciones hipodérmicas, especialmente de *cafeína* y los *tubos de Southey*. La asepsia, en lo posible, se extenderá á las mucosas de las cavidades naturales, particularmente de la boca.

Estos preceptos confinan con la *higiene*, otros se refieren á ella más directamente. La limpieza de la piel se conservará por medio de frecuentes baños; la vida al aire libre, en todo lo posible en una atmósfera estéril en gérmenes, favorecerá la oxigenación de los tejidos, al mismo tiempo que se disminuirán las probabilidades de las infecciones secundarias.

Se prohibirá el trabajo intelectual y en todo lo posible se evitarán las emociones y las preocupaciones de diversa naturaleza: otro motivo para separar al enfermo de sus negocios y de los cuidados de su casa. En cuanto al ejercicio muscular, no hay duda de que activa las combustiones y en principio es favorable; pero no olvidemos que nuestro síndrome coloca al organismo en un estado de meiopragia universal, y que en estas condiciones el menor trabajo casi es una fatiga; no debe, pues, perderse nunca de vista el peligro de la autotifisación.

Una *alimentación* demasiado restringida pondrá la célula hepática en inminencia de atrofia y disminuirá los materiales propios para las putrefacciones intestinales. Según que el peligro sea más ó menos apremiante, se variará desde un régimen alimenticio simplemente reducido hasta el régimen lácteo exclusivo. Los preceptos que J. Teissier ha formulado con mucha competencia é imparcialidad con motivo de la albuminuria, casi encontrarán en nuestro caso con muy poca diferencia su aplicación. El consumo de los amiláceos y de los azúcares se reducirá á lo necesario á fin de economizar la célula hepática. Pero del mismo modo que la fatiga, debe evitarse la inanición, puesto que como ella produce venenos. Por medio de *purgantes* suaves administrados de vez en cuando, se disminuirá la estancación de las materias fecales en el intestino. Los *calomelanos*, de los que hemos hablado más detenidamente hace poco, encontrarán también en este caso su aplicación, lo mismo que el *salicilato de sosa* y otros medicamentos destinados á activar el curso de la bilis y á asepti-

zarla. Las bebidas acuosas abundantes serán tan útiles en este caso como en la uremia, y más todavía, pues con un riñón todavía abierto constituyen el más perfecto de los lavados del organismo. Trataremos más adelante de las aguas medicinales que conviene emplear.

B.—ICTERICIAS GRAVES PRIMITIVAS

Estas, se dirá, no pueden ser previstas. Sin embargo, tal vez podrían evitarse algunas veces teniendo en cuenta lo que hemos dicho anteriormente con respecto á la *predisposición hepática*. Si el pasado de un hígado es desfavorable, si una ictericia catarral ha atestiguado ya su fragilidad, se hará bien en desaconsejar con especial insistencia las ocasiones que exponen á la célula hepática: la permanencia en los países cálidos, en los que semejantes localizaciones son frecuentes, el trabajo en medio de las emanaciones pútridas ó en las fábricas de fósforo, etc. Si á estas causas favorecedoras se añade además el alcoholismo crónico, el individuo de que se trata será realmente un candidato á la ictericia grave. Es cierto que en este caso muchos rehusarían darle el nombre de primitiva.

Los datos adquiridos sobre la herencia hepática son todavía demasiado vagos para ser aplicados; pero tal vez, después de haber conseguido por nuevas investigaciones una mayor precisión, podrán utilizarse pronto para la práctica profiláctica.

2.° Los remedios

Una vez desarrollado el síndrome ictericia grave primitiva ó ictericia agravada, la enfermedad, decíamos, es la misma, debiendo ser igual por consiguiente la terapéutica. La mayor parte de los medios que acabamos de citar, deberán recomendarse todavía en este momento para retardar la evolución. Hemos enumerado antes las nuevas indicaciones que surgen, que se refieren primero al agente infeccioso, al estado general y á la nutrición, las variaciones térmicas, el sistema nervioso y después, remontándonos hasta los órganos que son asiento de las lesiones cardinales: el útero, el tubo digestivo, el sistema circulatorio, la sangre, el riñón y por fin el hígado.

A.—EL AGENTE INFECCIOSO

Como la ictericia grave no es específica, es imposible contar con un medio único de inmunización que se aplique indistintamente á todos los

casos. Además las ictericias puramente tóxicas escaparían también á su acción; ¿pero puede confiarse en la vacuna ó la seroterapia de la fiebre amarilla, por ejemplo, y de cada una de las ictericias graves de segundo orden? Este porvenir está muy lejano: para la fiebre amarilla sólo sería aplicable el método preventivo, y para las demás ¿cómo esperanzar que se produzcan efectos curativos cuando ya degenera la célula hepática envenenada? Pues no hemos de olvidar que las bacterias, cuando menos en este caso, no obran más que por sus productos.

Con la medicación de Arnozan salimos del campo de las hipótesis. Se ha aplicado con éxito en un caso (1) y la cree eficaz; en el curso de una ictericia grave primitiva, mañana y tarde se practicó al enfermo en distintos puntos de su tejido celular una inyección de 1 centigramo de *ácido fénico* diluído en medio centímetro cúbico de agua destilada. Además de los efectos desinfectantes, esta medicación calma la excitación cerebral. La dosis indicada no debe traspasarse por temor de la adinamia. Arnozan recomienda que se añada como antiséptico general, según el método de Teissier, el *sulfato de quinina* á la dosis de 1gr,20 al día ó 4 gramos de *salicilato de sosa (pro die)* durante el curso de la enfermedad.

Para introducir el ácido fénico, podrá aprovecharse también la vía rectal, más cómoda porque de este modo se evita el dolor á los enfermos y también los accidentes posibles de una inyección hipodérmica. Además los enemas que contengan 50 centigramos de fenol (uno solo al día) se cuentan entre las prescripciones clásicas contra la fiebre amarilla.

Alberto Robin atribuye á este medicamento una influencia aceleradora de la desnutrición; aumentaría la excreción del azufre y de la potasa en la orina; pero no debe olvidarse que tiende á disminuir la cantidad de esta última, y que la sangre y el riñón en la ictericia grave presentan un estado de menor resistencia, que obliga á las mayores precauciones.

B.—ESTADO GENERAL Y NUTRICIÓN.—PIEL

Todos los preceptos higiénicos formulados anteriormente pueden recomendarse para el estado general. Los baños fríos de corta duración, la ducha, las lociones y las envolturas frías seguidas de fricciones serán favorables, excepto en el colapso. El buen funcionalismo de la piel y su excitación estimulan la nutrición y levantan el estado general por una especie de dinamogenia. Los medicamentos *diaforéticos* abrirán una puerta más á la eliminación de los venenos; pero puede reprochárseles el que obran en detrimento de la cantidad de orina, cuya acción depurativa

(1) ARNOZAN.—*Arch. clin. de Bordeaux*, 1894, pág. 245.

es por otra parte importante; y en cuanto á la *pilocarpina*, en particular, preconizada por Mollière contra la uremia, la intensidad de su acción general sobre las glándulas debe, hasta nueva orden, hacer reservar su empleo en la ictericia grave.

Para combatir la comezón, tan frecuente, Lyon recomienda las lociones de *vino aromático*, al que se ha añadido una pequeña cantidad de *ácido fénico*, ó bien lociones con *sublimado*.

Sublimado.	aa. .	0 gr. 30
Clorhidrato de amoníaco.		
Alcohol alcanforado.		30 gramos
Agua de laurel cerezo.		300 —

M. s. a.

Como medicamentos tónicos, Arnozan preconiza el *acetato de amoníaco*, el *alcohol*, el *ponche* y la *quina*.

La acción nociva del alcohol con respecto al hígado y al riñón no puede ser una objeción. Se presenta en plazo demasiado largo, con la condición, sin embargo, de que su uso sea moderado. El *champagne* frío será deseado particularmente por el paciente á causa de su acción sedante sobre el sistema nervioso. Lo mismo el *kefir* ó el *koumys*, que ofrecen además un recurso precioso para los enfermos que no toleran bien la leche en substancia.

Los *benzoatos de sosa* ó *de litina* disminuyen la relación de la urea con las substancias sólidas de la orina, «pero en definitiva, el nitrógeno total eliminado está aumentado, arrastrado en forma de ácido hipúrico por el ácido benzoico (Alberto Robin).» Será lógico, por consiguiente, su empleo en la ictericia grave.

La *esencia de trementina*, aconsejada comúnmente en la intoxicación fosfórica, se ha preconizado en la ictericia grave infecciosa por J. Carreau (1), de Pointe-à-Pitre, como una aplicación del método oxidante de Alberto Robin. Obraría como substancia ozonizada, introduciendo oxígeno en la sangre. Carreau administra la trementina por la vía bucal ó por la vía hipodérmica, según la fórmula siguiente:

Esencia de trementina.	10 gramos
Vaselina líquida.	50 —

M. s. a.—De diez á quince inyecciones subcutáneas de 1 centímetro cúbico cada una, durante las veinticuatro horas.

Chauffard hace observar con mucha razón que el temor de interesar el riñón impone serias reservas sobre la oportunidad de esta medicación.

(1) J. Carreau.—*Rec. des sc. méd.*, 1891, pág. 568.

C. — VARIACIONES TÉRMICAS

La *hipertermia* se combatirá exclusivamente por medio de los *baños fríos*, cuya temperatura y duración exactas se subordinarán á las indicaciones del estado general y á la intensidad de la fiebre.

Tanteando la susceptibilidad del enfermo por medio de ensayos graduados de 30 á 35°, de cinco á quince minutos de duración cada uno, se evitará el *shock* que podría resultar de una inmersión intempestiva y demasiado prolongada en un agua demasiado fría. Y el baño no obrará tanto como antitérmico como por sus cualidades estimulantes y diuréticas tan bien demostradas por Glénard. Durante los minutos que se pasarán en el agua, se invitará al enfermo á que tome algunos sorbos de una bebida alcohólica, y después del baño una fricción enérgica con *alcohol* de 70° ó con agua, á la que se ha añadido *agua de Colonia*, facilitará la reacción.

Los *antipiréticos* verdaderos deben evitarse. Las embrocaciones con *guayacol* obran con una energía sobrado brusca para no proscribirlos en una enfermedad expuesta al colapso. La *antipirina* tendría los mismos inconvenientes, en menor grado es cierto, pero por otra parte disminuye la desintegración y las oxidaciones orgánicas, ejerce sobre la célula hepática una acción de suspensión probada por la disminución de la glicogenia (Lépine y Porteret), y por último, se cree que obtura el riñón. Con mayor severidad todavía se proscribirán los antitérmicos del grupo de las anilidas *(antifebrina, fenacetina, exalgina)* y de la fenilhidrazina, que desglobulizan la sangre y provocan la formación de metahemoglobina.

Además, según las ideas más recientes, la fiebre aparece más bien como una reacción favorable que mide la resistencia del organismo y que debe respetarse (1).

La *hipotermia* es un fenómeno bastante frecuente en la ictericia grave, sobre todo en el último período; su origen todavía es obscuro.

En todo tiempo el hígado ha sido considerado como manantial del calórico animal: de hecho, proporciona el 39 por 100 de su totalidad (Kauffmann). Sus acciones formativas y de desdoblamiento no podrían concebirse sin desprendimiento de calor (Hanot), que por otra parte lo irradia á todo el organismo por el glicógeno, que va á sostener las combustiones en el seno de los tejidos y sobre todo de los músculos, otros tantos focos extinguidos por la ictericia grave. Añádase á esto las hemorragias y la

(1) V. CHENISSE. — La fiebre según los trabajos más recientes *(Gazette des hôpitaux*, 1897).—A. ROBIN, tomo, II, pág. 12.

colemia: el calorímetro comprueba que la bilis inyectada en la sangre hace bajar la curva térmica; reduce el calor fabricado y atenúa la irradiación. Por último, el descenso de temperatura es de regla en los envenenamientos intensos, entre los que debe colocarse legítimamente la ictericia grave, y á tantas causas se añade además la hipotermizante uremia. Netter y Dupré han observado que este fenómeno se observa preferentemente en las infecciones hepáticas de origen intestinal, y Hanot lo ha precisado atribuyéndolo al *coli communis*. El bacterium coli se ha encontrado varias veces en tales casos, y si cierto número de observaciones de esta clase no están libres de serias objeciones, al menos parece demostrado que no se trata de infecciones agónicas ó cadavéricas. Pero la acción hipotermizante de los productos solubles de este organismo merece ser comprobada y tal vez sería prematuro el generalizar esta teoría.

Hemos enumerado hace poco algunas de las razones que explican el descenso térmico; las que aceptaban los antiguos autores las creemos también aplicables en muchos casos. La infección urinaria, atribuída con bastante frecuencia al mismo bacterium coli, es febrígena en la inmensa mayoría de los enfermos; y por otra parte la hipotermia existe en la intoxicación fosfórica, tipo de las ictericias graves puramente tóxicas. Hanot opone á la ictericia grave hipotérmica la fiebre amarilla hipertérmica. Pero en ésta la temperatura, como hemos dicho, puede llegar á ser subnormal y precisamente con motivo de la fiebre amarilla es que Jaccoud ha escrito lo siguiente: «Atribuyo las divergencias de la fiebre á la diversidad de los predominios morbosos, y en una enfermedad que evoluciona unas veces con el conjunto de sus determinaciones en igual grado intensas, y otras veces con preponderancia de los accidentes colémicos, urémicos ó hemorrágicos, no me extraña observar que el movimiento febril toma los más diversos caracteres en relación con estas modalidades patológicas, que ejercen influencias también diversas sobre la calorificación.»

La fiebre es la expresión de una defensa enérgica del organismo contra la invasión microbiana. Las mutuas proporciones de la infección, de la intoxicación y de las reacciones orgánicas regulan las divergencias recíprocas de los trazados.

G. Geley (1) y Guinard atribuyen á ciertos alcaloides analgésicos extendidos en embrocaciones sobre la piel, una acción reguladora de la temperatura: hipotermizantes en la fiebre, serían capaces de elevar el trazado en la hipotermia. Esta influencia evidentemente no sería lo suficiente enérgica para los casos en que el colapso térmico depende sobre todo de la intoxicación y de la extinción de las combustiones; pero podría

(1) Geley —*Thèse de Lyon*, 1891.

encontrar su aplicación en los casos en que la calidad de la infección pareciera que es la única causa de la hipotermia.

Walter, Lœwy y Richter, Filehne é Hildebrand han visto, en las infecciones experimentales, que la calefacción de todo el animal ó de una parte infectada localmente, procura prolongación de la supervivencia. Estos resultados hacen prever el día en que los enfermos que no reaccionen suficientemente contra un proceso microbiano, serán colocados en una estufa. Pero todavía no ha llegado la hora de esta terapéutica; sólo merece ser indicada en el concepto teórico.

D. — SISTEMA NERVIOSO

Los trastornos del sistema nervioso no reclaman más que una medicación puramente sintomática.

El *colapso* nervioso se combatirá con los diversos medios reaccionales ya indicados: *inmersión fría* de muy corta duración, *fricciones, inyecciones de éter,* aplicaciones *sinapizadas,* bebidas *alcohólicas.* Se evitarán los medicamentos en cuya composición entra el fósforo, el fosfuro de zinc, por ejemplo.

El *delirio* se calmará por medio de las aplicaciones *heladas* sobre el cráneo y por el *alcanfor*, los enemas *almizclados* y las sales de *valeriana.* Teniendo en cuenta la acción hipostenizante de las sales de potasa sobre el corazón y de su participación en la intoxicación urémica, se recurrirá al *bromuro de sodio.* Se empleará lo menos posible el *opio,* proscrito igualmente en la uremia y que por sus alcaloides podría atacar directamente la célula hepática.

E. — ÚTERO

No hablaremos de las metrorragias graves, cuyo tratamiento no ofrece nada de particular en la ictericia grave. Pero la *ictericia del embarazo* reclama mención especial en la terapéutica.

Las indicaciones de la eclampsia colémica no han parecido á los tocólogos que sean distintas de las que deben cumplirse con motivo de la eclampsia ordinaria.

En cuanto á la ictericia grave verdadera, Tarnier y Budin creen que no exige intervención: al principio no puede saberse si continuará benigna, y una vez establecida la malignidad es demasiado tarde para obrar. Vinay, al contrario, cree que la previsión puede hacer algo, al menos para la ictericia agravada: entonces la indicación de interrumpir

el embarazo es tanto más evidente cuanto el niño sucumbe casi siempre por la ictericia prolongada. Y «puesto que todos los observadores están unánimes en considerar la gestación como una causa de agravación de la ictericia simple, está permitido esperar que, abreviándola, se restablecerá el equilibrio.»

F. — TRASTORNOS DIGESTIVOS

Hemos hablado ya de la necesidad de evitar la constipación. Los purgantes suaves, las sales de *magnesia* y el *ruibarbo* se emplearán habitualmente; los drásticos, con precaución, no sólo á causa de la expoliación serosa excesiva que podrían provocar, sino porque, al lado de la acción antiséptica de los purgantes enérgicos (Gilbert y Dominici), hay que tener en cuenta la urgencia de conservar la integridad del epitelio intestinal, barrera eficaz contra los gérmenes.

El *hielo intus et extra* calmará los dolores gástricos y los vómitos, para los que se empleará el tratamiento habitual, con la clásica *poción de Riverio*, excepto, por supuesto, en los casos de gastrorragia.

Hemos hablado de los *enemas fenicados*. Las soluciones *bóricas* se emplearán asimismo ventajosamente, con tal que se recuerde que también pueden producir accidentes tóxicos y que su uso no debe llevarse al exceso.

El *naftol* α, tan eficaz y menos tóxico que el naftol β, y como éste casi insoluble, será el antiséptico intestinal preferido (J. Teissier).

La falta de bilis en el intestino justificaría tal vez, á pesar de la ictericia, el empleo de la *bilis de buey*, si pudiera hacerse que llegara directamente al duodeno. Pero sea el que fuere el valor teórico de esta idea, las dificultades de ingestión de semejante medicamento parece que durante mucho tiempo impedirán que entre en la práctica. Su acción antiséptica además es escasa (J. Teissier) y su empleo sólo estaría indicado para devolver la integridad á las funciones digestivas.

G. — EL CORAZÓN

Si el corazón desfallece, en este caso es tan urgente un estímulo inmediato como en cualquiera otra circunstancia: la elección se limitará, pues, rigurosamente á los medicamentos cuyos efectos sobre el corazón son constantes y rápidos. Las propiedades del *estrofanto* especialmente nos parecen demasiado inciertas todavía para que deba aconsejarse en caso tan apremiante. La *digital* fracasa cuando el miocardio está

directamente atacado y, prescrita á dosis suficientes, se corre el riesgo de fatigarlo; su acción, por último, dista mucho de ser instantánea. En definitiva conviene recurrir á la *cafeína*, que se administrará en poción, á la dosis de 1 gramo á 1gr,50, ó con mayor seguridad, en tres ó cuatro inyecciones hipodérmicas de 0gr,25 cada una durante el día, pero hechas con la antisepsia más rigurosa.

H. — LA SANGRE

Está saturada de substancias tóxicas, y la terapéutica que debe ensayarse para librarla de ellas, deriva directamente de las ideas fundamentales del tratamiento de la uremia. Nos ocuparemos de los diuréticos al hablar del riñón. En cuanto á los *purgantes* y á los *diaforéticos* recordemos que extraen mucha agua del organismo, pero relativamente pocas substancias tóxicas. Sin embargo, la influencia favorable de los purgantes en la uremia está probada por la práctica, y en el caso que nos ocupa tendrán la ventaja de favorecer la asepsia del medio intestinal.

Las *hemorragias* son casi constantes en la ictericia grave: por consiguiente, raras veces se tendrá ocasión de discutir la oportunidad de una sangría. Contra las mismas hemorragias, se emplearán primero localmente los medios de acción utilizados en general según la región afectada: *compresión*, *taponamiento*, *hielo* ó *agua caliente*, *astringentes*, etc. ¿No son en realidad el único recurso con que puede contarse seriamente? Sería verdaderamente poco práctico confiar mucho en la medicación interna: la *ergotina* obra poco en las hemorragias causadas por el mal estado de los vasos y de la sangre; en cuanto á los *ácidos* y á los *estípticos* tomados al interior, ¿su energía hemostática pasa por ventura de ser problemática, ó cuando menos demasiado débil y lenta? En opinión de Reverdin, el *sulfato de sosa* sería realmente eficaz desde este punto de vista, ingerido según el método de Kussmaul, ó sea 0gr,10 cada hora: á este medicamento otorgaríamos la preferencia para sostener la plasticidad insuficiente de la sangre, tanto más cuanto es cierta su inocuidad.

Insistiremos una vez más sobre la necesidad de desechar todo elemento capaz de obrar como tóxico de la sangre, especialmente los antisépticos del grupo de las anilinas.

Nada especial hay que decir de la *colemia*. Hemos explicado ya el por qué nos parece tan sólo un elemento accesorio de intoxicación; y de lo poco que sabemos del mecanismo de la ictericia, casi no podemos deducir más que una cosa: nuestra impotencia ara obrar sobre ella. Relativamente á su rápida eliminación, las indicaciones no son distintas de

las que determina la presencia en la sangre de otras substancias tóxicas: cambiar y renovar rápidamente el medio interior. Con este motivo hay que decir algo del *lavado de la sangre*, de que se ha hablado últimamente.

Según Mayet, la solución de *cloruro de sodio* al 7 por 1000 es la que se debe preferir para este objeto; la introducción del *sulfato de sosa* en el líquido de inyección es inútil y puede dañar á los hematíes. Según la urgencia, se recurrirá á la vía venosa ó á la vía hipodérmica. Pero con motivo de los inconvenientes atribuídos á este método, su empleo debe reservarse por el momento, sobre todo en la ictericia grave en que el riñón y la sangre están lesionados. En efecto, al suero artificial se le ha acusado, al menos en inyecciones venosas abundantes, la producción de efectos desfavorables en el riñón y la alteración de los glóbulos sanguíneos,—forma dentada, fragmentación (Delbet y Vaquez).—Por último, la acción antitóxica del lavado de la sangre parece á su vez dudosa, según las investigaciones experimentales: se produce una diuresis enorme, después, en el momento en que la secreción urinaria es más abundante, disminuye mucho la cifra de la eliminación de las substancias de la orina, excepto del cloruro de sodio; esta sal sustituye en la orina á los otros elementos (Carrión y Hallion). La inyección de agua salada hecha por la vía venosa ó por la vía subcutánea, precipita la muerte de un animal sometido á una toxina bacteriana, como la toxina diftérica (Henríquez y Hallion). Finalmente, de los experimentos de Chassevent parece resultar que poco debe esperarse del lavado de la sangre cuando el sistema nervioso central ha experimentado ya los efectos del tóxico.

I.—EL RIÑÓN

Algunos de los medicamentos indicados ya por otras propiedades, tendrán además la ventaja de provocar la diuresis. En primer lugar hay que colocar la *leche*, tanto más indicada cuanto, según los experimentos de Roque y Linossier, la lactosa parece que es utilizada por la célula hepática con mayor facilidad que los demás azúcares, sacarosa ó glucosa. Hemos citado también anteriormente la *digital*, cuyos preparados, y sobre todo la maceración de hojas, no sólo refuerzan el corazón, sino que concurren enérgicamente á restablecer la permeabilidad renal; ya hemos explicado las razones por las que no se puede contar mucho con este medicamento en la ictericia grave y la necesidad de prescribirlo con prudencia. Lo mismo sucede con el *cornezuelo de centeno*. En suma, la *cafeína*, respecto del corazón y el *baño frío* en la hipertermia, son los medios más eficaces para vencer la impermeabilidad del laberinto renal.

Al lado del baño frío hay que colocar el *método de Krull;* varias veces al día se introduce por medio de enemas una cantidad de litro ó litro y medio de agua á la temperatura de unos 15°, que se retendrá durante algunos minutos. Si el organismo está en inminencia de reacción favorable, la crisis azoúrica y poliúrica se favorecerá, y tal vez se provocará, al mismo tiempo que se estimulará la secrecion biliar.

Debemos citar aquí la opinión de Tédenat (1), que proscribe el agua fría en la hipoazouria. Según él, exageraría una actividad superior á los recursos de un organismo empobrecido y tendría el inconveniente de agotar el sistema nervioso. Convendría dar la preferencia al agua templada, bien en bebidas estimulantes abundantes, bien en forma de duchas y mejor todavía en forma de enemas. ¿Pero no es posible, usando con prudencia y cuidado el agua fría, aprovecharse de su acción estimulante y evitar su influencia depresiva? Desde luego las aguas minerales favorables á la diuresis, tales como *Contrexéville, Vittel, Evian,* etc., estarán indicadas.

No vamos á enumerar uno por uno todos los diuréticos que podrían prescribirse. Digamos solamente que las sales de potasa se reemplazarán por las de *sodio* ó bien se ordenarán con moderación á causa de su propiedad de debilitar el corazón y también recordando la participación de las sales de potasa en la intoxicación urémica.

Se ha visto que el riñón se ha hecho insuficiente sin existir lesiones orgánicas, simplemente por el hecho de la disminución de la cantidad de urea; esta disminución sería más bien causa que no efecto de la impermeabilidad renal. Por esto todos los medios que obran sobre la nutrición acelerándola y mejorándola ejercerán también sobre el riñón una influencia favorable por el aumento del coeficiente de oxidación (Alberto Robin).

J.—EL HÍGADO

Contra los ataques de congestión que preceden á veces y hasta pueden acompañar al proceso atrofiante, contra los dolores hepáticos se emplearán las *compresas frías* y las aplicaciones de *hielo,* las *ventosas secas* y si por excepción no hay hemorragias las *ventosas escarificadas* y las *sanguijuelas.*

No puede esperarse gran cosa de los medicamentos que tengan la pretensión de estimular el hígado, los colagogos secretorios por ejemplo. Para el elemento anatómico agotado y en vía de atrofia, como para todo el organismo, debe temerse la fatiga y el cansancio, y está indicado el reposo.

(1) V. X. Reynès.—*Sem. méd.*, 2 Junio de 1897.

Los *calomelanos* se han recomendado como el antiséptico más perfecto del hígado á la dosis de $0_{gr},01$ cada mañana; no hay que temer ningún peligro de intoxicación. El *salicilato de sosa* que, según Teissier y Vieillard-Baron, es el antiséptico biliar por excelencia y que á esta propiedad añade la de ser un buen antiséptico intestinal, se asociará á los calomelanos en la medida que lo permita el estado del riñón.

Dufourt ha demostrado que el bicarbonato de sosa aumenta la cantidad de glicógeno en el hígado de los animales; pero, aparte de que el mecanismo de esta acumulación puede explicarse de otro modo que por una acción de detención de la célula hepática, la influencia favorable de los alcalinos en todas las enfermedades del hígado está sobrado bien demostrada por la experiencia para estar autorizados para proscribirlos. Además, ejercen sobre la desasimilación y las oxidaciones una influencia aceleradora que, según lo que hemos dicho, es favorable en este caso. El *bicarbonato de sosa* y las *aguas minerales alcalinas* se administrarán, pues, con resultado, ó igualmente los baños alcalinos por el mismo motivo y además á causa de su excelente acción sobre la piel. La medicación *clorurada* intervendrá como coadyuvante de los alcalinos. Tédenat atribuye á los enemas salados la ventaja de dar calor al organismo hipoazoúrico al mismo tiempo que disminuyen la intoxicación de origen intestinal.

Pero en resumen, nada de esto obra directamente sobre el parénquima del hígado. El tratamiento ideal sería el que permitiría que el organismo no utilizara la célula hepática hasta que se hubiera cumplido la regeneración de este elemento y que le procurara los materiales favorables para esta regeneración tan fácil en ciertos animales. Un solo método podría lograrlo; está indicado y ensayado con cierto éxito, bien en la diabetes, bien en las cirrosis, bien después de la destrucción experimental del hígado, especialmente por Gilbert y Carnot, Jousset y Widal; nos referimos á la *opoterapia hepática*. Simultáneamente la ingestión de *cuerpo tiroides* y las inyecciones subcutáneas de *jugo ovárico* ejercerían su acción estimulante de la nutrición. Pero esta medicación nueva necesita que se reglamente y que se ensaye mejor experimentalmente; antes de aplicarla tenemos el derecho de exigir todavía nuevas pruebas de su inocuidad y de su eficacia: de momento no puede más que ser prevista y señalada como la terapéutica del porvenir.

CAPÍTULO XLIV

TRATAMIENTO DE LA ICTERICIA DE LOS RECIÉN NACIDOS

POR

E. WEILL

Profesor encargado del curso de las enfermedades de los niños en la Facultad de Lyón

---

Traducción del Dr. D. J. BLANC Y BENET

I

División de la materia

La ictericia en el recién nacido, lo mismo que en las demás épocas de la vida, representa un síntoma asociado á muy variadas afecciones.

Sin embargo, las particulares condiciones que concurren en el recién nacido, ya desde el punto de vista fisiológico, ya desde el patológico, le imprimen caracteres que no cuadran á la ictericia de las demás edades. La mayoría de los recién nacidos están afectos de una ictericia especial y muy efímera de ninguna gravedad. Tal es la *ictericia idiopática,* peculiar de esta edad y que no tiene representante alguno entre los síndromes ictéricos que se estudian en la patología común. Otras ictericias se observan además en el recién nacido, mas si bien dependen de causas un tanto especiales, se acercan ya más desde el punto de vista clínico á las ictericias descritas en el adulto: son las *ictericias sintomáticas.* Entre estas dos especies nada de común hay fuera de la coloración amarillenta de los tegumentos; por lo demás, merecen ser estudiadas por separado.

II

Ictericia idiopática

A.—CONSIDERACIONES GENERALES

La ictericia idiopática apenas si merecería ser mencionada bajo el punto de vista terapéutico, si á propósito de la misma no se hubiesen

suscitado cierto número de discusiones referentes á su patogenia y profilaxia.

La ictericia idiopática es un estado tan frecuente que ha llegado á ser considerado como fisiológico. Kehrer (1), en Viena, la observó 68'6 veces entre 100, Porak (2) en el 80 por 100 de los casos, Cruse (3) en el 84'46 por 100. Otros autores han hallado cifras menos elevadas. Bauzon (4), en Chalon-sur-Saône, no la ha observado sino 57 veces por 100, y Quisling (5), de Cristianía, 26 veces entre 100. Estas últimas cifras nos parecen excepcionales y creemos que la ictericia idiopática se presenta en el 70 á 80 por 100 de los casos, cuando se hacen las observaciones en las maternidades ó asilos-cunas. En la práctica particular la proporción no es tan elevada.

De esta diferencia numérica, que se puede comprobar en las aglomeraciones de niños ó de familias, podríase inducir que la colectividad desempeña cierto papel en la producción de la ictericia y sacar de ello una consecuencia profiláctica. Aunque sólo se trate de una enfermedad insignificante, no obstante, como ejerce cierta influencia sobre la nutrición general del niño, no es lícito dejar de interesarse por los medios preventivos que á ella podrían oponerse. Mas no parece que de por sí el hospital represente una condición coadyuvante. A nadie se le ha ocurrido considerar la ictericia de los recién nacidos como una enfermedad infecciosa ó contagiosa. Si la proporción de los casos de los hospitales es mayor, débese á otras condiciones que no dependen de ninguna medida profiláctica. Pues los que más predispuestos se hallan á la ictericia son principalmente los niños endebles, nacidos antes de tiempo, los gemelos, los que proceden de una madre debilitada, primípara, los que vinieron al mundo por un parto laborioso, de nalgas, ó que habían sufrido por algún motivo durante el embarazo ó en el parto. Los varones se hallan más afectos que las hembras, los niños desmedrados más que los robustos. Y estas condiciones se encuentran principalmente en los que concurren habitualmente á los hospitales.

Todas las divergencias que se observan en los autores respecto á la patogenia de la ictericia de los recién nacidos pueden reducirse á dos opiniones principales: unos consideran esta ictericia como de origen hepático, otros como de origen hemático. El minucioso estudio de los síntomas no ha permitido zanjar en definitiva esta cuestión.

(1) Kehrer.—*Oester Jahrb. f. Ped.*, 1871.
(2) Porak.—*Rec. mens. de méd. et de chir.*, 1878.
(3) Cruse.—*Arch. f. Kindh.*, 1880.
(4) Bauzon.—*Congreso de Roma*, 1894.
(5) Citado por Boix.—*Manuel de Médecine* de Debove y Achard.

A primera vista, la ictericia de los recién nacidos no presenta ninguno de los caracteres que distinguen á la ictericia bilifeica. Es una coloración amarillenta que se presenta á veces al primer día, pero más comúnmente al segundo del nacimiento, rara vez al tercero y por excepción más adelante. Comienza por la cara y el tórax, del cual no pasa en los casos ligeros. Muchas veces, en las formas poco pronunciadas, la coloración amarillenta queda eclipsada por el tinte rojo de los tegumentos. Sabido es, en efecto, que el recién nacido presenta una especie de congestión de la piel que le da un aspecto rojo, casi inflamatorio. En estas condiciones, para reconocer la ictericia, se ejerce una pequeña presión sobre un punto de los tegumentos ó de las mucosas, las encías por ejemplo, y la anemia temporal que se provoca permite percibir la infiltración de los tejidos por el pigmento amarillo.

Porak (1) ha distinguido en la ictericia de los recién nacidos tres grados: el primero corresponde á la forma que acabamos de describir; el segundo es aquel en el cual la coloración amarilla se extiende al abdomen, á la raíz de las extremidades y á las conjuntivas; el tercero aquel en que la coloración amarilla ocupa al mismo tiempo las extremidades. Es de notar que las mucosas conjuntivales, palatina y gingivales no adquieren el tinte amarillo sino después de los tegumentos, y en las formas un tanto intensas de la ictericia. Esto es debido sin duda á que la congestión fisiológica de la piel la dispone preferentemente para la infiltración pigmentaria. No es, pues, éste un carácter verdaderamente diferencial de la ictericia del recién nacido y de la ictericia catarral. El primero es notable sobre todo por la integridad del estado general; no hay modificación del pulso, de la temperatura, de la digestión. Las heces son normales, coloradas por la bilis, á veces diarreicas, pero este último estado no tiene relación alguna con las manifestaciones ictéricas. La orina difiere notablemente de la que se excreta en la ictericia catarral.

Sedimentosa al principio, al tercer día se vuelve clara y abundante sin presentar coloración amarillenta ni verdosa, no mancha las ropas, no da la reacción de Gmelin (coloración verde en contacto con el ácido nítrico). Porak no ha observado sino tres veces la coloración característica del pigmento biliar y en algunos casos de ictericia intensa, una reacción que recuerda la de la hemafeína de Gubler ó de un pigmento biliar modificado.

La ictericia de los recién nacidos es de escasa duración: tres ó cuatro días en los casos ligeros, ocho á diez en los intensos, y algunas veces más. No hay necesidad de decir que cierto número de recién nacidos sufren

(1) Porak —*Loc. cit.*

trastornos digestivos, debilidad, afecciones sépticas, sin que haya derecho á establecer una relación de causa á efecto entre estos diversos trastornos y la ictericia.

Hemos dicho ya que la ictericia de los recién nacidos es una afección insignificante. Sin embargo, Runge (1), siguiendo á Porak, Cruse y Hofmeier, ha puesto de relieve que los recién nacidos ictéricos digieren peor que los otros, que la disminución del peso es en ellos mayor y que no vuelven á recuperarlo sino más lenta y tardíamente; que la eliminación de urea y de ácido úrico está aumentada (Hofmeier) y que por lo mismo es defectuosa su nutrición.

Si bien por un examen superficial parece normal la orina de los recién nacidos ictéricos, investigaciones minuciosas han permitido reconocer en ella la presencia del pigmento biliar. Orth (2) había ya encontrado en la sangre, en los riñones, en el hígado y en muchos órganos de ictéricos recién nacidos, laminillas ó pequeñas columnas rómbicas rojas, ó bien penachos de agujas que tenían los caracteres microscópicos de la bilirubina. Creía que se formaban después de la muerte á expensas de las materias colorantes de la bilis disueltas en el plasma sanguíneo. Parrot y Alberto Robin (3) han encontrado en la orina de los recién nacidos ictéricos: 1.° masas amarillas, cristales aciculares, que á primera vista se parecen á los cristales de bilirubina descritos por Orth, pero que difieren esencialmente de ellos por sus reacciones; estas masas son flotantes ó bien están encerradas en las células epiteliales ó en los cilindros de la orina; 2.° cristales de hematoidina y grumos pigmentarios mal definidos; 3.° esférulas de urato de sosa. Cruse (4), tratando la orina por el cloroformo, pudo demostrar que en todos los casos de ictericia de los recién nacidos con coloración amarilla de la conjuntiva, había pigmento biliar en la orina bajo la forma de granulaciones ó bien en disolución.

Finalmente, Birch-Hirschfeld (5) pudo descubrir la presencia de los ácidos biliares en la serosidad del pericardio.

Boix (6) dice que á veces se ha encontrado urobilina en la orina.

La presencia de estos elementos, pigmento biliar en granulaciones ó bien disuelto, urobilina, ácidos biliares en la orina ó en las serosidades,

(1) Runge.—*Die Krankheiten des ersten Lebensalge*, Stuttgart, 1893.

(2) Orth.—*Arch. de Virchow*, t. LXIII, 1875.

(3) Parrot y Alberto Robin.—Nota sobre la presencia de masas amarillas en la orina de los recién nacidos atacados de ictericia. Su descripción y valor clínico *(Revue de médecine et de chirurgie*, 1879).

(4) Cruse.—*Loc. cit.*

(5) Birch Hirschfeld. — *Icterus.* Hbuch der Kinderkrankheiten, von Gerhardt, t. IV, y *Virchow's Archiv.*, t. LXXXVII.

(6) Boix.—*Loc. cit.*

atestigua cierta participación del hígado en el proceso morboso. Pero ¿en qué grado está interesado? Sabido es que el hígado no manifiesta su afección por ningún cambio clínico ni anatómico. Colrat ha hecho numerosos cortes de hígados procedentes de ictéricos recién nacidos sin hallar lesión alguna. Birch-Hirschfeld, sin embargo, ha notado acumulaciones de pigmento biliar en las células hepáticas. Virchow y Henoch han observado, en algunos casos, tapones de moco en el conducto colédoco, pero la obliteración es imperfecta, la bilis afluye al intestino, las heces y parte superior del intestino están coloreados de amarillo. No cabe, pues, pensar en una ictericia por retención biliar, á lo menos en la gran mayoría de los casos.

Los partidarios del origen hemático de la ictericia de los recién nacidos se fundan en las modificaciones fisiológicas que sufre la sangre al nacer para atribuir la ictericia á la destrucción globular que se verifica en aquel momento. En estado normal, el número de glóbulos rojos aumenta en los dos primeros días (Lépine) (1), luego hasta el sexto ó séptimo día, se nota una disminución irregular con oscilaciones variables del número de hematíes. Hayem (2) ha demostrado que los glóbulos rojos del recién nacido están en estado de evolución marcada y son más vulnerables que en las demás edades. Además, en diferentes momentos del día, se observan variaciones considerables en su número y en su riqueza en hemoglobina, lo cual demuestra la destrucción activa de los unos al propio tiempo que la renovación de los demás. Porak ha notado variaciones de 500,000 glóbulos por milímetro cúbico de un día al otro. El número de glóbulos rojos en la segunda semana ha disminuído en medio millón por milímetro cúbico con relación á la cifra inicial (Hayem).

Hofmeier y Silbermann (3) han notado una disminución notable de los hematíes en la ictericia de los recién nacidos. La presencia de pigmento sanguíneo en el riñón y en los órganos, observada por Virchow y después por muchos autores, viene también en apoyo de la destrucción activa de la hemoglobina en la sangre del recién nacido. No es por lo mismo dudoso que en la sangre se opera un trabajo de reconstitución muy intenso que pone en libertad grandes cantidades de hemoglobina, y que este fenómeno, en cierto modo fisiológico, debe desempeñar un papel notable en la producción de la ictericia.

En efecto es sabido que los pigmentos biliares, bilirubina, pigmento pardo modificado, urobilina y cromógeno de la urobilina derivan de la

(1) Lépine.—*Soc. de biol.*, 1876.
(2) Duperré.—*Thèse de Paris*, 1878.
(3) Hofmeier y Silbermann.—*Arch. f. Kindh.*, 1887.

hemoglobina por reducciones sucesivas. La intervención del hígado parece indispensable para formarlos. Sin embargo, no es seguro que el pigmento rojo pardo no pueda provenir directamente de la hemoglobina. La misma urobilina, cuya presencia en la orina indica una alteración de las células hepáticas en la mayoría de los casos, se presenta á veces en la desglobulización aguda de la sangre sin lesión hepática (Hayem). La mezcla del pigmento pardo de la urobilina que constituiría la hemafeína de Gubler bastaría para explicar la ictericia de los recién nacidos, sin hacer intervenir la reabsorción de la bilis. Verdad es que en la orina se ha encontrado bilirubina, pero bajo la forma de granos, de masas sólidas, excepcionalmente bajo la forma disuelta. Y aun ha sido preciso hacer su extracción en grandes cantidades de orina para demostrar su presencia. Por otra parte en las raras autopsias que se han practicado, se ha notado la infiltración amarilla de tejidos que de ordinario escapan á los ataques de la ictericia bilifeica, cartílago, cerebro, médula, mientras que el bazo, los riñones y el hígado están, por el contrario, débilmente coloreados. Esta distribución del tinte amarillo en las vísceras es otro argumento en favor del origen hemático de la ictericia. Faltan datos positivos referentes á la naturaleza exacta del pigmento de la ictericia de los recién nacidos. No se ha observado aquella forma francamente hemática constituída por la hemoglobinemia ó la methemoglobinemia que determina ictericia sin la presencia de pigmento biliar en la sangre y en la orina, normal ó modificado. Sin embargo, á pesar del papel que se ha querido hacer desempeñar á los vestigios de bilirubina observados, la ictericia de los recién nacidos debe ser considerada como incluída en el cuadro de las ictericias hemafeicas de Gubler. Tal es la conclusión de la mayoría de los autores franceses, en oposición á la de los alemanes, y si se adopta este modo de ver, nos veremos conducidos naturalmente á preguntarnos con Porak, qué papel puede desempeñar el momento de la ligadura del cordón en la destrucción más ó menos marcada de los hematíes.

Porak ha sostenido con gran convicción que la ligadura tardía favorecía la producción de la ictericia amarilla. Budin (1) había demostrado que un niño al cual se le ha ligado el cordón tarde, de medio á cuatro minutos después de la cesación de los latidos del tronco funicular, toma del seno materno $92^{gr},06$ de sangre más que un niño al cual se liga el cordón umbilical inmediatamente después del nacimiento. Este resultado ha sido confirmado por Helot (2) y Schücking (3) quienes han empleado

(1) Budin.—*Soc. de biol.*, 1876
(2) Hélot.—*Un. méd. de la Seine-inférieure*, 1877.
(3) Schücking.—*Berl. klin. Woch.*, 1877.

el método de las pesadas para comprobar la opinión sustentada por Budin. Hélot y Hayem han dado otra prueba del aumento de la sangre en el recién nacido al cual se liga tarde el cordón. En efecto, Hayem ha visto que había cerca de 500,000 glóbulos por milímetro cúbico más que en el niño al cual se liga inmediatamente el cordón. Hélot ha notado una diferencia todavía mayor, cerca de un millón de glóbulos más en el primero que en el segundo. Porak ha encontrado resultados casi análogos: 845,435 glóbulos á favor de los niños cuyo cordón ha sido ligado tardíamente. En resumen, la ligadura tardía da al niño un tercio más de la cantidad de sangre según Budin, una mitad más según Schücking.

Las investigaciones de Porak han dejado establecido que el beneficio que la sangre del recién nacido obtiene desde el punto de vista de su cantidad por la ligadura tardía no constituye una ventaja real. Las pesadas que ha hecho le han demostrado que los ligados tardíamente habían ganado, al comenzar la segunda semana, menos peso que los otros. La misma observación se aplica á la ictericia. Los niños ligados inmediatamente amarillean menos que aquellos á quienes se practica la ligadura dos minutos después del parto y mucho menos que los niños ligados tardíamente. La diferencia en la frecuencia de la ictericia después de las ligaduras rápidas y de las tardías es muy notable.

Este resultado, al decir de Porak, es debido á que el número de glóbulos rojos tiende á igualarse al cabo de algunos días, sea cual fuere el momento de la ligadura y por consiguiente la cantidad inicial de la sangre. Los datos numéricos de Hélot demuestran, en efecto, que la diferencia entre el número de glóbulos por milímetro cúbico considerado en ambas categorías de individuos tiende á desaparecer. Por consiguiente, la ligadura tardía favorece la destrucción de una mayor cantidad de glóbulos. Es una de las causas predisponentes de la ictericia.

De ahí habría que deducir que la ligadura del cordón debe ser practicada pronto, inmediatamente después del cese de los latidos del cordón, á fin de impedir el reflujo de la sangre placentaria hacia la circulación fetal, que tiene lugar á través de la vena por efecto de las violentas contracciones uterinas.

Las conclusiones de Porak no han sido admitidas sin oposición. Muchos autores niegan la relación que aquél ha querido establecer entre el momento de la ligadura del cordón y la frecuencia de la ictericia. A. Schmidt (1) ha visto, en 50 recién nacidos cuyo cordón fué ligado inmediatamente después del nacimiento, sobrevenir la ictericia en 72 por 100 de los casos, mientras que en 71 recién nacidos á los cuales se

(1) SCHMIDT.—*Arhc. f. Gynaekol.*, 1893.

ligó el cordón en su mayor parte después de la salida de la placenta y á lo menos diez minutos después del parto, la ictericia no se declaró sino en 30, es decir, en un 42'2 por 100 de los casos. Bauzon preconiza igualmente la ligadura tardía del cordón.

Distamos, pues, bastante de poder deducir conclusiones categóricas de las diferentes investigaciones practicadas, y las opiniones que se fundan también en trabajos concienzudos parecen atestiguar que la cuestion de la ligadura precoz ó tardía del cordón no debe desempeñar un gran papel en la patogenia de la ictericia de los recién nacidos.

Así es que se ha intentado explicar la producción de la ictericia, en ausencia de lesión hepática, por trastornos en cierto modo fisiológicos de la circulación del recién nacido. Frerichs (1) cree que la presión desciende en la circulación porta por efecto de la supresión brusca de la circulación de la vena umbilical; de ahí el fácil acceso de la bilis á la sangre. Esta disposición dura poco en los niños nacidos robustos, persiste cierto tiempo en los nacidos antes de término, cuya respiración se desarrolla lentamente y cuyas vías fetales permanecen abiertas.

Quincke (2) invoca la persistencia momentánea del conducto de Aranzio. De esta suerte, la bilis reabsorbida por el intestino y llevada á la vena porta, en vez de ser llevada en su totalidad al hígado, se derrama en parte en la vena cava y en la circulación general.

Otros han invocado el edema que se observa, en algunas autopsias, en la cápsula de Glisson y en los espacios porta, admitiendo una compresión de los conductillos biliares (Birch-Hirschfeld); pero tales hechos son excepcionales. Es probable que puedan entrar en acción estos distintos factores, así como también la destrucción de los glóbulos rojos que conduce á una policolia (Minkowski y Naunyn) ó á una excreción exagerada de pigmento biliar (pleiocromía, de Stadelmann). Estos dos estados favorecen igualmente la reabsorción biliar.

B. — TRATAMIENTO

Las anteriores consideraciones nos explican de antemano la ineficacia de la terapéutica. Nada podemos contra la depresión circulatoria del hígado, nada contra la destrucción globular del recién nacido. La misma ictericia se presenta tan raras veces con visos de seriedad que no existe razón para combatirla por modo activo. Si es muy intensa, si se prolonga, cabe recurrir á los laxantes ligeros como el *jarabe de achicoria* ó á la

(1) FRERICHS.—*Traité des maladies du foie.*
(2) QUINCKE.—*Arch. f. exp. Pathol. u. Pharmak.*, t. XIX.

magnesia y á *pequeños enemas* de agua, según el método de Krull. Pero esto sería suponer que la bilis no tiene acceso al intestino, lo cual constituiría ya una eventualidad grave para el recién nacido, según ya hizo notar Trousseau. En estas condiciones, no se trata ya de la ictericia idiopática, sino de la sintomática.

III

Ictericias sintomáticas

La ictericia sintomática del recién nacido proviene de muy diferentes causas. Bien es verdad que en su mayoría no obran sino por excepción.

La ictericia sintomática se encuentra en las *afecciones de las vías biliares*, en las *enfermedades del hígado* y en las *enfermedades infecciosas generales* que repercuten sobre el tejido hepático y alteran la sangre.

A.— AFECCIONES DE LAS VÍAS BILIARES

1.° Hase señalado en el recién nacido una *ictericia catarral* análoga á la de los adultos, pero mucho más seria. Lo que la distingue es la presencia del pigmento biliar de la orina, que se descubre por los procedimientos clínicos ordinarios; hay algunos trastornos digestivos sobre los cuales ha insistido Quisling: vómitos, meteorismo, deposiciones líquidas. Sin embargo, no hay obliteración de los conductos biliares, las materias permanecen amarillas ó verdes. Quisling cree que existe un catarro gastro-duodenal resultado de las primeras tentativas de alimentación.

El tratamiento en estos casos consiste en la *dieta* relativa; no dar el pecho á los niños hasta el tercer día; contentarse durante los dos primeros días con un poco de agua azucarada. El meconio debe ser evacuado por completo el tercer día. Si retarda, hay que administrar un ligero *laxante* ó un pequeño *enema*.

2.° Frerichs habla de *obstrucción de los conductos biliares por concreciones*. Lieutaud, Portal, Cruveilhier, Bouisson, Fauconneau-Dufresne, han referido casos de este género, que son verdaderos hallazgos de autopsia.

3.° *La obliteración congénita de las vías biliares* por vicio de conformación que afecta los grandes conductos, descrita por diferentes autores (Donop, Campbell, Harley, Binz, Nirchow, Henoch, Freund, Cnopf), merece apenas ser mencionada desde el punto de vista terapéutico. La ictericia se desarrolla rápidamente, adquiere en poco tiempo una

considerable intensidad, la orina se colorea fuertemente por el pigmento biliar, las heces, por el contrario, están decoloradas.—El niño se halla en un estado grave. Enflaquece, queda sumido en la somnolencia, y muere al cabo de algunos días en el colapso, en medio de convulsiones, ó bien por una hemorragia intestinal ó umbilical. Compréndese cuán vana sería cualquier tentativa terapéutica.

B. — AFECCIONES DEL HÍGADO

Gubler ha descrito hace mucho tiempo la *cirrosis congénita* del hígado de origen sifilítico, estudiada después por Weber, Bamberger, Hutinel y Hudelo. La existencia de una cirrosis del hígado no modifica de un modo sensible el cuadro de la heredo-sífilis. El hígado está abultado. A veces, no siempre, hay ascitis é ictericia.

Para esta forma de ictericia existe un tratamiento preventivo, que consiste en tratar á la madre durante el embarazo. En cuanto al tratamiento propiamente dicho, no hay otro que el de la heredo-sífilis: *fricciones mercuriales* á la dosis de 1 ó 2 gramos al día, *yoduro de potasio* á la nodriza y mucho cuidado con el tubo digestivo del niño.

Por más que en cierto número de cirrosis del recién nacido (d'Espine y Picot (1), Neumann (2), no está demostrada su naturaleza sifilítica, no obstante es verosímil y por lo demás es la única contra la cual cabe intentar el ataque.

C. — ICTERICIA EN LAS INFECCIONES GENERALES

1.° Consideraciones generales

Las ictericias que provienen de esta categoría de causas son aquellas en las cuales existe generalmente una lesión hepática más ó menos grave, debida á la infección, y al mismo tiempo, una profunda alteración de la sangre, que se manifiesta las más veces por hemorragias. Las ictericias infecciosas del recién nacido han sido objeto de descripciones y recibido denominaciones bastante variadas.

A. — En general, se trata de niños hasta entonces aparentemente sanos que dos ó tres días después del parto son presa de agitación y temperatura elevada. Pero la fiebre dura poco y lo que se observa principalmente es un colapso rápido, al mismo tiempo que se nota una ictericia

(1) DESPINE y PICOT.—*Traité pratique des maladies de l'enfance;* 5.ª edición.
(2) NEUMANN.—*Berl. klin. Woch.*, 1893.

más ó menos obscura, bilifeica, á veces un abombamiento con extremada sensibilidad del vientre y vómitos biliosos (peritonitis). Sobreviene rápidamente la muerte y la autopsia revela una arteritis con periarteritis umbilical, más raras veces según Runge, una flebitis umbilical, lesiones bronco-pneumónicas, alteraciones degenerativas de las vísceras. Baginsky (1) ha encontrado en un caso de este género el estreptococo que infectaba los órganos. Babes (2) ha descubierto en la sangre y en los órganos, junto al estreptococo un bacilo corto, rígido, puntiagudo de 0,3 μ. Bar y Rénon (3) han observado una flebitis umbilical y una septicemia producidas por el *proteus vulgaris* en un recién nacido sifilítico muerto con síntomas de ictericia grave; la sífilis sólo habrá sido una causa ocasional.

En la infección septicémica del recién nacido, pueden hallarse á veces una lesión umbilical, ulceración segregante, flemón, que facilitan el diagnóstico. Pero la septicemia puede producirse fuera de toda alteración del ombligo y hasta en ausencia de arteritis ó de flebitis umbilical. De este modo interpretaremos nosotros aquellos síndromes descritos por Bühl y Winkel y que nos parecen, como á d'Espine y Picot, simples casos de septicemia puerperal.

B.—Bükl describió en 1861 una afección caracterizada por los síntomas siguientes: Los niños nacen asfícticos sin motivo aparente. Mueren en seguida: si sobreviven, su tinte cianico se convierte en coloración amarilla. Presentan diarrea, melena, hemorragias umbilicales, sufusiones sanguíneas debajo de la piel y en las partes profundas. El niño muere en el colapso al cabo de ocho ó diez días.

No existen modificaciones aparentes del ombligo, no hay arteritis ni flebitis umbilicales; pero se encuentra una degeneración grasosa de todas las vísceras, asociada á una inflamación parenquimatosa y á equimosis múltiples.

C. — Otra forma de ictericia infecciosa en el recién nacido es la que corresponde á la *enfermedad bronceada hemática* de Laroyenne y Charrin (4), que Parrot ha designado con el nombre de *tubulhematia renal*, y que Winkel (5) describió como una enfermedad nueva en 1879, después de haber observado 23 casos de la misma en el término de un mes. Es una afección las más veces epidémica, pero que presenta tam-

(1) Baginsky.—*Arch. de Virchow*, 1889.

(2) Babes.—*Bacteriologische Untersuchungen uber septische Processe im Kindesalter*, Leipzig, 1889.

(3) Bar y Rénon.—*Soc. de biol.*, 1895.

(4) Laroyenne y Charrin. — Enfermedad bronceada hemática de los recién nacidos. *Associat. française pour l'avanc. des sc.*, 1873; *Th. de Paris*, 1873.

(5) Winkel.—*Deut. med. Wochs.*, 1879.

bién casos esporádicos, observados por Sandner, Strelitz, Baginsky, etc. Wolcywsky (1), en una endemia de cianosis ictérica, pudo descubrir la causa de la infección y combatirla. Se caracteriza esta afección por la disolución de los glóbulos rojos de la sangre y por una hemoglobinuria intensa. La piel presenta un tinte pardusco de matiz amarillo (ictericia negra). No hay elevación de la temperatura. El niño tiene vómitos, diarrea y muere rápidamente en el colapso ó bien en medio de convulsiones. Su duración es de un día á una semana.

La autopsia revela una alteración de la sangre que ofrece los caracteres de la sangre disuelta, focos hemorrágicos múltiples, una infiltración parda obscura de los riñones, del bazo y del hígado, una degeneración grasosa del hígado y del corazón, hinchazón de los folículos cerrados del intestino, de las placas de Peyer y de los ganglios mesentéricos.

D. — Cabría multiplicar las formas de estas afecciones infecciosas del recién nacido en las cuales la ictericia desempeña un papel más ó menos accesorio al lado de los síntomas que proceden de la alteración de la sangre. Así Baginsky (2) ha referido un caso en el cual el niño fué atacado de un síndrome análogo al descrito por Winkel al día siguiente de una circuncisión y murió diez días después. Baumel y Boiadjeff (3) han observado un niño nacido antes de término, que presentó también una coloración bronceada é ictérica de la piel y orina rica en indican, el cual sanó.

Pero nos parece inútil insistir sobre los detalles sintomáticos de todas estas infecciones. Asimismo parece cuestión de poca importancia dilucidar la patogenia de la ictericia. En todas estas infecciones que tienen por carácter común modificar la composición de la sangre, provocar hemorragias ó sufusiones sanguíneas, es raro que no se interese el hígado, ora presentando una inflamación parenquimatosa, ora una degeneración grasosa. Es probable que la ictericia dependa de estos dos órdenes de causas; si se busca el pigmento biliar en la orina ó en el plasma sanguíneo quedará demostrado el papel predominante ó exclusivo de uno ó de otro de estos elementos. Lo que interesa ante todo en esta cuestión es reconocer el origen de la infección y hallar los medios propios para prevenirla.

2.° Tratamiento

A. — Es raro que la infección se verifique de la madre al feto durante la vida intra-uterina, á lo menos por lo que se refiere á la mayoría

(1) Wolcywski.—*Anal.* en la *Revue des mal. de l'enf.*, 1894, pág. 89.
(2) Baginsky.—*Soc. de méd. de Berlin*, 1889; *Anal.* en la *Sem. méd.*, 1889, pág. 30.
(3) Baumel y Boiadjeff.—*Congrès de Bordeaux*, 1895.

de los casos que se presentan al estudio. Es bien sabido que una mujer afecta de septicemia puede dar á luz un niño septicémico, que una mujer afecta de ictericia grave expulsa un producto coloreado de amarillo, y que sin estar ella misma enferma puede transmitir una infección al feto (viruela). Casos son estos cuya profilaxia se reduce á la de la infección de la madre. En cuanto á las infecciones adquiridas del recién nacido, que son con mucho las más numerosas, el esfuerzo de la higiene debe tender á cerrarles las puertas de entrada que el recién nacido ofrece hasta en estado normal.

B. — Por el ombligo parece que principalmente se introducen los gérmenes patógenos. Están éstos constituídos por el estreptococo, los estafilococos, el bacillus coli communis, el proteus vulgaris (Bar y Rénon), algunos microorganismos particulares como el descrito por Babes. — La profilaxia de la ictericia infecciosa es igual á la de todas las septicemias en el recién nacido. Es preciso evitar el contacto del cordón ó de la herida umbilical con toda substancia que pueda ser séptica.

Así es que, al hacer las curas, las manos deben lavarse cuidadosamente. La enfermera ó comadre que cuida del aseo de la parida debe comenzar por la cura del niño antes de ocuparse de la parida, los loquios, hasta en una mujer no infectada, pueden resultar infectantes. — Los instrumentos utilizados, las tijeras que cortan el cordón, las vendas que sirven para cubrirlo, deben ser asépticas. En las casas de maternidad, el baño que ha servido para un niño infectado no debe servir para otro. Hay que proscribir las esponjas.

La cura del cordón debe ser minuciosa. Todos los comadrones combaten la cura húmeda del cordón con *aceite* ó con *vaselina*. En efecto, estas substancias impiden la evaporación del agua del cordón y su momificación. El cordón graso no conviene. Hay que envolverle en tela aséptica, en gasa, levantarlo sobre el abdomen y mantenerlo por medio de una venda regularmente apretada. La posición declive del cordón no es conveniente, pues se corre el riesgo de dejarlo manchar de orina. Cuando se cura el cordón, es preciso separarlo con suavidad, no ejercer tracciones que pueden provocar pequeñas roturas vasculares y favorecer la infección. Por esta razón varios autores renuncian al algodón, que con frecuencia queda pegado y requiere algunas tracciones para ser desprendido. Algunos médicos aconsejan el uso de polvos: *talco, ácido bórico,* etc. Varían las fórmulas: lo que importa ante todo es usar polvos inertes, pues ciertas substancias, como el fenol, son muy tóxicas para el recién nacido. Mientras no ha caído el cordón, la absorción de las substancias medicamentosas y paralelamente de los gérmenes patógenos es más notable que

una vez caído. Así lo demuestran los análisis de la orina practicados en las dos distintas épocas. Una vez caído el cordón, se curará la úlcera umbilical con *vaselina bórica* y se examinará todos los días el estado del ombligo, á fin de combatir rápidamente cualquier anomalía en la evolución de la herida.

C. — Por más que el ombligo constituya el más frecuente punto de partida de las infecciones del recién nacido, no es la única vía de penetración. Cualquiera herida en el recién nacido puede desempeñar el mismo papel. Por lo mismo será preciso curar con gran cuidado las erosiones que se hayan hecho con la aplicación del fórceps. Recuérdese el caso de Baginsky, en el cual una circuncisión fué la causa ocasional de una ictericia hemoglobinúrica mortal.

D. — También se ha acusado á veces al tubo digestivo. Así es que Winkel atribuyó en parte la epidemia que observó en Dresde al uso de un agua, usada en baños, pero también en bebida, por algunos niños de pecho, agua rica en materias orgánicas y amoníaco.

En la epidemia descrita por Wolczywski, este autor descubrió que se hacía uso de un agua procedente de pozos alimentados por filtración. Estaba cargada de materias orgánicas y daba lugar á frecuentes endemias en la ciudad vecina. Descubrióse en ella la presencia del colibacilo, que igualmente fué encontrado en la sangre y en las vísceras de los niños muertos de ictericia con hemoglobinuria.

Esta agua era empleada ya en baños, ya para lavar la boca de los niños. Continuáronse los baños con la propia agua, pero los lavados de la boca se practicaron desde aquel momento con un poco de agua pura de fuente, esterilizada y con adición de 1 por 100 de ácido bórico.

Desde aquel momento cesó la epidemia. Bien se ve que era el agua de los lavados de la boca la que infectaba á los niños. Como esta agua no era deglutida, Wolczywski admitió que las fricciones que se hacen en la boca con el lienzo mojado habían implantado el colibacilo en el epitelio bucal desde donde había penetrado en el organismo.

De ahí se deduce que la boca del recién nacido debe ser lavada sin violencia y con un líquido aséptico.

Las infecciones que provienen de la absorción de líquido amniótico putrefacto, ó de secreciones vaginales, en el momento del parto, las que se originan de la leche de una mujer enferma son asimismo susceptibles de ciertas medidas profilácticas, pero no entran en nuestro plan, pues la ictericia no ha sido observada en tales condiciones.

E.—El *tratamiento propiamente dicho de la ictericia infecciosa* se limita á poca cosa. Es preciso sostener las fuerzas del niño dándole

nodriza, si era criado con biberón; darle algunas gotas de *cognac* en agua azucarada, varias veces al día; aplicar la envoltura caliente si el niño está sumido en el colapso, y si la herida umbilical parece supurar activamente ó ulcerarse, desinfectarla por medio de lavados y de la aplicación de polvo de *yodoformo*.

CAPÍTULO XLV

TRATAMIENTO DE LAS DEGENERACIONES HEPÁTICAS

POR

CH. ACHARD

Agregado, médico de los hospitales

Traducción del Dr. D. J. BLANC Y BENET

I

De las diversas degeneraciones hepáticas

Las degeneraciones de la célula hepática son numerosas, diversas y de muy desigual importancia; algunas hay que no haremos más que mencionarlas. La célula hepática puede verse atacada de *atrofia simple*, principalmente por compresión ó retracción; los procesos inflamatorios provocan frecuentemente la *tumefacción turbia;* la *necrosis de coagulación* es engendrada principalmente por los procesos infecciosos y tóxicos. La *tumefacción transparente,* alteración menos trivial, ha sido descrita en el cólera (Hanot y Gilbert) y se encuentra también en algunos estados infecciosos. Todas estas lesiones celulares, interesantes desde el punto de vista de la anatomía patológica general, tienen tan sólo mediana importancia para el clínico, principalmente cuando se fija en el aspecto terapéutico: efectivamente, estas alteraciones de ordinario no existen aisladamente, pero se hallan en cierto modo perdidas en medio de un conjunto anatómico y sintomático que absorbe toda la atención del clínico.

Lo mismo ocurre con las alteraciones *pigmentarias* del hígado. En ciertas ictericias, el pigmento biliar infiltra las células hepáticas. En ellas se encuentra el pigmento ocre, ferruginoso, en el paludismo crónico, en ciertas cirrosis, acompañadas ó no de diabetes, é igualmente sin cirrosis, en general coexistiendo con una infiltración pigmentaria de otros parénquimas y á veces de la piel. En estos diversos casos, según recientes investigaciones, parece que no se trata ciertamente

de una elaboración de pigmento por la célula hepática, sino simplemente de un depósito de este pigmento nacido en otros puntos y que ha venido á la célula por la circulación.

Sin embargo, algunas degeneraciones, ya sea presentándose de un modo aislado, ya dando lugar á algunos síntomas locales ó á algunas modificaciones del estado general, merecen ser estudiadas brevemente desde el punto de vista clínico y terapéutico. Son la degeneración *grasosa* y la degeneración *amiloidea*. La primera es una alteración celular, la segunda parece más bien una lesión intersticial.

II

Degeneración grasosa

A.—CONSIDERACIONES GENERALES

La palabra degeneración grasosa se aplica á dos estados distintos de la célula hepática. En la *acumulación ó infiltración grasosa*, la grasa se amontona en el cuerpo de la célula y llega á constituir la mayor parte de la misma; pero si bien el elemento queda profundamente perturbado en sus aptitudes fisiológicas, no por esto deja de subsistir; puede reconocerse su vitalidad por la persistencia del núcleo, el cual es empujado hacia la periferia, conservando empero sus reacciones histoquímicas. En la *degeneración gránulo-grasienta*, el cuerpo celular degenera, la formación de gotitas de grasa no es sino uno de los términos de la lesión profunda que afecta á toda la célula; ésta las más veces está atacada mortalmente, su núcleo está alterado.

La acumulación de grasa se observa en grado mínimo en estado fisiológico (alimentación, lactación), y en grado más elevado en las afecciones crónicas, la caquexia, la obesidad, la tuberculosis, el alcoholismo. Unas veces va asociada á otras lesiones del tejido hepático, por ejemplo, en la cirrosis tuberculosa; otras se presenta casi aislada, por ejemplo, en el hígado graso tuberculoso. En cuanto á la degeneración gránulo-grasosa, se ve en los procesos tóxicos ó infecciosos de evolución aguda, principalmente en la intoxicación fosfórica, en las septicemias y piohemias, la eclampsia y las ictericias graves primitivas. Puede asimismo observarse en las ictericias graves secundarias, que vienen á poner término de un modo á veces rápido á las afecciones más ó menos crónicas del hígado.

Esta distinción que acabamos de establecer se halla igualmente del todo justificada desde el punto de vista clínico.

La simple acumulación de grasa puede evolucionar de un modo absolutamente silencioso. Otras veces cabe sospecharla en los tísicos, por ejemplo, cuando el hígado es voluminoso, liso, sin resistencia á la palpación, sin deformación, dolor, ascitis, ni ictericia. Otras veces, con todo, el trastorno de las funciones hepáticas se manifiesta un tanto, la orina contiene urobilina y poquísima urea, las digestiones son defectuosas, hay diarrea. Hase mencionado además como formando parte de este cuadro sintomático, la palidez, el aspecto semitransparente de los tegumentos, el tinte de alabastro, el anasarca, etc., fenómenos que parece han de referirse más bien á la caquexia general originada por la enfermedad esteatosante.

La degeneración gránulo-grasienta, de curso agudo, se revela muchas veces de una manera ruidosa, por el tan conocido síndrome de la ictericia grave primitiva ó secundaria.

B.—INDICACIONES TERAPÉUTICAS

Las indicaciones terapéuticas relativas á la degeneración grasienta del hígado se refieren principalmente á las causas que la determinan y constituyen su profilaxia. En los individuos expuestos á la esteatosis, y sobre todo en los tuberculosos alcohólicos, importa evitar todo cuanto pueda facilitar el desarrollo de la ictericia grave, alejar por consiguiente de la higiene y de la terapéutica medicamentosa cualquier causa de intoxicación capaz de obrar sobre el hígado. Hay que proscribir también la alimentación por las materias grasas y el *aceite de hígado de bacalao*.

Finalmente, la esteatosis hepática interesa por otro concepto al práctico. Ciertos cirujanos, principalmente sir J. Paget y Verneuil, al observar la lentitud con que se reparaban las heridas en los individuos afectos de degeneración hepática, recomendaron á los operadores mostrarse parcos de intervenciones en semejantes enfermos. Hoy día no existe ya tal cuestión. No hay duda que la esteatosis hepática ataca profundamente el estado general, que disminuye la resistencia del organismo á todo lo que puede afectarlo. Pero muchas veces esta misma esteatosis no es á su vez sino el efecto de una causa infecciosa, cuya acción podría ser anulada ó cuando menos atenuada por una intervención operatoria. Además, hoy día es fácil evitar el principal peligro de una intervención, la infección operatoria, así es que la abstención quirúrgica ya no es tan rigurosa.

III

Degeneración amiloidea

A.—CONSIDERACIONES GENERALES

La degeneración amiloidea consiste en la formación de una materia proteica, amorfa, translúcida, que posee reacciones colorantes especiales, entre las cuales las principales son: el tinte azul verdoso que toma cuando se hace obrar el ácido sulfúrico diluído, una vez tratado el tejido por una solución yodo-yodurada, y el tinte rosado que le comunican los violetas de anilina. Dicha substancia parece tener muy estrecha afinidad con la materia *hialina*, desprovista ésta de las reacciones colorantes que preceden, pero muy semejante á la amiloide por sus restantes caracteres, y susceptible por otra parte de coexistir con ella.

Si bien no se conoce todavía de un modo preciso el mecanismo que preside á la producción de la degeneración amiloidea, está bien averiguado que se observa principal y casi exclusivamente después de supuraciones prolongadas, principalmente de las de los huesos tuberculosos ó sifilíticos, y en la tisis crónica. Su origen parece hallarse en la infección, sobre todo por mediación de las toxinas: tal es á lo menos lo que se desprende de los datos experimentales que poseemos acerca de su patogenia.

La degeneración amiloidea casi nunca queda localizada á un solo órgano, sino que de ordinario se extiende simultáneamente á varias vísceras: principalmente el hígado, el bazo y los riñones. En el hígado, como en los demás órganos, comienza por los vasos pequeños. Algunos autores han sostenido que infiltra además las células hepáticas, pero esta opinión, recientemente muy combatida, tiende á desaparecer ante la que considera el proceso amiloideo como intersticial en todos los casos: las alteraciones celulares serían tan sólo el resultado de la atrofia y de la compresión debida á las masas amiloideas vecinas. Con gran frecuencia la degeneración grasienta va asociada á la degeneración amiloidea.

Clínicamente, la degeneración amiloidea del hígado se traduce más bien por trastornos generales que por síntomas locales. El hígado está aumentado de volumen; pero éste es, por decirlo así, el único signo hepático; la lesión puede evolucionar sin provocar urobilinuria, ni glucosuria alimenticia, ni disminución de la urea. De ordinario, en cierto período de la afección, se nota orina abundante y albuminosa, diarrea, hipertrofia del bazo, un tinte pálido, debilidad general, caquexia de curso lento y pro-

gresivo, accidentes que dependen de la amilosis renal, intestinal, esplénica, y de los trastornos que sufren las funciones del conjunto del organismo.

B. — INDICACIONES TERAPÉUTICAS

Es imposible hoy por hoy combatir la degeneración amiloidea. Para prevenir, pues, su desarrollo hay que obrar sobre la infección causal. Bajo este aspecto, los progresos de la cirugía operatoria y de la antisepsia han disminuído ciertamente la frecuencia de los casos consecutivos á las afecciones quirúrgicas. Por más que Barwell pretendía haber observado la retrocesión de la degeneración amiloidea del hígado consecutivamente á ciertas intervenciones quirúrgicas dirigidas contra la afección generatriz, dicha degeneración se considera más bien como una contraindicación operatoria, cuando es suficientemente extensa y generalizada para dar lugar al conjunto clínico particular que permite hacer á veces el diagnóstico de la misma.

En cuanto á las acusaciones formuladas contra ciertos medicamentos, como el mercurio y el aceite de hígado de bacalao, que parecen favorecer el desarrollo de la amilosis, no se fundan en pruebas muy demostrativas. El régimen tónico y nutritivo, el *yodo*, los preparados *yodotánicos*, los *baños salados*, la *aireación*, las *inhalaciones de oxígeno* son los elementos principales de una terapéutica paliativa, que intenta retardar la evolución del proceso y la marcha progresiva de la caquexia.

En resumen, esta lesión interesa menos al práctico, bajo el punto de vista terapéutico, que por la agravación que implica en el pronóstico, y por la explicación que da del fracaso de los medios de tratamiento puestos en práctica en las enfermedades que la provocan.

CAPÍTULO XLVI

TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS DEL HÍGADO

POR

CH. ACHARD

Agregado á la Facultad, médico de los hospitales

TRADUCCIÓN DEL DR. D. JOSÉ BLANC Y BENET

I

Consideraciones generales

La tuberculosis puede manifestarse en el hígado por lesiones muy diversas y es porque realmente las vías por las cuales penetra en este órgano el bacilo tuberculoso son también numerosas. A la canalización vascular, desarrollada de un modo muy especial en el hígado, viene á sumarse la canalización biliar. Pues bien, todas estas vías pueden servir para la introducción del bacilo: arteria hepática, sistema porta, linfáticos, conductos biliares.

La experimentación, de acuerdo con la patología humana, ha demostrado la realidad de estos modos múltiples de tuberculización hepática. Por la arteria hepática penetra el bacilo esparcido en la circulación general, el cual se difunde de un modo análogo en la mayoría de los órganos; por los linfáticos se propaga la tuberculosis peritoneal; finalmente, el bacilo tuberculoso procedente del intestino puede invadir el hígado de dos maneras: por infección biliar ascendente (lo cual parece muy excepcional), ó bien, con mayor frecuencia, por infección venosa, pasando de los focos de tuberculosis intestinal á los ramos de origen de la vena porta. Ni siquiera la circulación fetal del hígado deja de ser susceptible de servir para la introducción del virus tuberculoso, habiéndose visto desarrollarse la tuberculosis congénita á consecuencia del paso del bacilo de la madre al feto por el intermedio de la vena umbilical.

Concíbese que en la variedad de estos modos de infección está ya una de las primeras razones que explican la diversidad de las lesiones. Además, la manera más ó menos lenta como evoluciona el proceso es otro de los factores de la diversidad. Finalmente, las reacciones hepáticas con respecto á un mismo agente difieren según el terreno: es éste un hecho del cual ofrece numerosos ejemplos la patología del hígado, siendo ya sabido que el alcoholismo, el paludismo y la sífilis engendran en este órgano una serie de alteraciones muy diversas.

Además de los tubérculos propiamente dichos, pueden verse en el hígado tuberculoso lesiones no específicas, en cuyo desarrollo toman, empero, una parte, en muchos casos importante, el bacilo y sus productos. Sin hablar de la simple congestión, que frecuentemente se encuentra en la autopsia de los tísicos que sucumben por asfixia, se pueden encontrar además: 1.° lesiones proliferativas, inflamatorias, que interesan el tejido conjuntivo y conducen á la esclerosis; 2.° lesiones degenerativas que atacan el epitelio, siendo entre éstas las principales las degeneraciones grasosa, amiloidea, pigmentaria, hialina y la necrosis de coagulación.

Entre todas estas alteraciones dos hay que importa principalmente poner de relieve: una la degeneración grasosa, extremadamente común, generalizada unas veces, otras localizada, principalmente alrededor de los tubérculos; otra la esclerosis, que puede dar lugar ya á la hipertrofia, ya á la atrofia del órgano, y asociarse en ciertos casos á la degeneración grasosa, constituyendo la cirrosis grasosa del hígado.

Hase llegado á multiplicar extraordinariamente las formas anatómicas y clínicas de la tuberculosis hepática. Las que más importa conocer son: la simple esteatosis (hígado graso tuberculoso), que pasa poco menos que desapercibida en la clínica; la cirrosis grasosa, susceptible de ocasionar, la hipertrofia ó la atrofia, que se acompaña de ictericia, principalmente cuando la evolución es rápida, y de ascitis, particularmente en los casos de curso lento; la cirrosis tuberculosa propiamente dicha, con ascitis muy desarrollada y un conjunto de síntomas que recuerdan la cirrosis vulgar ó la tuberculosis peritoneal de forma ascítica.

Sea cual fuere por lo demás la forma anatomo-clínica que señale la participación del hígado en la infección tuberculosa, trátase siempre de lesiones secundarias, y en los tísicos declarados es comúnmente en los que se desarrollan semejantes desórdenes, agravando por su presencia una situación ya muy comprometida. Así es que la tuberculosis del hígado es una de las menos accesibles á la terapéutica entre las localizaciones de la infección tuberculosa.

II

Indicaciones terapéuticas

A. — TRATAMIENTO LOCAL

En la gran mayoría de los casos de tuberculosis hepática, no hay que pensar en un tratamiento local, pues se trata de lesiones diseminadas difusas, en las cuales el tubérculo propiamente dicho, no es sino uno de los elementos y en general no es el elemento predominante.

Existe, sin embargo, una forma muy especial de lesiones tuberculosas del hígado que, por conducirse como una tuberculosis local, requiere una intervención también local: esta forma excepcional, pero de las más interesantes para la terapéutica, es el *absceso tuberculoso intra* ó *perihepático*, cuyo conocimiento se debe á Lannelongue (1). Estos abscesos, consecutivos ó no á lesiones de la proximidad (osteítis costal, adenopatía del hilio, etc.), se presentan bajo la forma de focos bastante circunscritos para poder emprender su tratamiento con éxito. Una vez establecido el diagnóstico, de ordinario por medio de la punción, se practicará una incisión, acompañada, si la situación elevada del foco lo exige, de la resección de las últimas costillas, y después la decorticación de la pared.

B. — TRATAMIENTO GENERAL

Fuera de los casos que preceden, la tuberculosis del hígado es casi inaccesible á la terapéutica. En primer lugar, hay lesiones que con frecuencia son desconocidas ó que no se traducen sino por signos bastante obscuros y no reclaman ningún tratamiento especial: por ejemplo, el abultado hígado graso de los tísicos y la degeneración amiloidea. No hay sino la cirrosis tuberculosa que se traduzca por un conjunto sintomático bastante característico, y para la cual es del caso formular algunas reglas terapéuticas.

El *dolor* raras veces es bastante intenso para que sea preciso recurrir á una medicación calmante, que consistiría ya en analgésicos generales (*opio* y *morfina, analgésicos antitérmicos*, etc.), ya en una *revulsión* local sobre la región del hipocondrio derecho.

La *ascitis* puede algunas veces llegar á ser tan importante que

(1) LANNELONGUE. — *Acad. des sciences*, 15 Mayo de 1887.—*Congrès français de chirurgie*, 1888, pág. 358.—*Congrès de la tuberculose*, 1889.—CANNIOT.—*Thèse de Paris*, 1891.

ocasione una dificultad mecánica para diversas funciones. La paracentesis estaría entonces indicada. Pero muchas veces la evolución de la enfermedad es bastante rápida para que no se tenga que recurrir á esta intervención.

Conviene procurar retardar, en la medida de lo posible y por los medios ordinarios, la *insuficiencia hepática*, que es el modo habitual de terminación de la cirrosis tuberculosa. Tan pronto como se vean aparecer los indicios de este síndrome, tinte subictérico, urobilinuria, glucosuria alimenticia, hipoazouria, hay que esforzarse en disminuir las probabilidades de intoxicación del organismo y en facilitar la eliminación renal. La *leche* estará entonces naturalmente muy indicada.

El *régimen alimenticio* debe ser objeto de una muy especial atención, no sólo para evitar la irritación del hígado, sino también porque no es dudoso que las lesiones hepáticas constituyen uno de los orígenes de la dispepsia de los tísicos, es decir, uno de los principales obstáculos contra los cuales vienen á chocar las tentativas terapéuticas. Por este doble motivo hay que alejar de la alimentación todo cuanto pueda ejercer una acción nociva sobre el hígado. El alcohol, ese gran factor de la predisposición morbosa del hígado y cuyo papel es tan importante en el desarrollo de las cirrosis tuberculosas, y en particular de la cirrosis grasa, debe ser proscrito. Hase acusado, tal vez algo teóricamente, á la superalimentación de provocar una especie de *surmenage* hepático: de todos modos, hay que vigilar sus efectos en los individuos que presenten signos de alteraciones hepáticas. Finalmente, la leche debe constituir también en estos casos el principal elemento del régimen.

Pero, respecto de los ingesta, no son sólo los alimentos los que importa vigilar cuidadosamente, sino con igual razón los medicamentos. Hablando en general, en los tuberculosos afectos de lesiones hepáticas, importa que el médico se muestre sobrio en medicamentos y principalmente en los administrados por la vía bucal. Por más que se ha observado la disminución de la urobilina en tuberculosos sometidos á la *creosota*, será prudente evitar en semejantes enfermos las dosis elevadas y preferir la administración de esta substancia por el recto (1).

(1) Véase la discusión en la *Société médicale des hôpitaux*, en los días 14 y 21 Febrero de 1896.

CAPÍTULO XLVII

TRATAMIENTO DEL CÁNCER DEL HÍGADO

POR

CH. ACHARD

Agregado á la Facultad, médico de los hospitales

TRADUCCIÓN DEL DR. D. J. BLANC Y BENET

I

Consideraciones clínicas y anatómicas

El cáncer del hígado las más veces es *secundario*. Los cánceres que con mayor frecuencia se generalizan al hígado son los cánceres originados primitivamente en el dominio de las raíces de la vena porta, es decir, que principalmente son los cánceres del tubo digestivo y en primera línea el del estómago. Es ya más raro que el foco de origen de los núcleos secundarios del hígado sea un cáncer desarrollado en los órganos genitales ó en cualquier otro punto de la economía.

El cáncer hepático secundario se presenta bajo la forma nodular: los núcleos neoplásicos, cuyo número es extremadamente variable según los casos, reproducen la estructura histológica, á su vez muy variable, del cáncer primitivo.

A este grupo de cánceres secundarios es preciso referir también los diversos tumores malignos cuya estructura no es la del carcinoma, pero que, desde el punto de vista clínico y principalmente terapéutico, no pueden ser separados del cáncer tomado en su acepción más lata. Entre estos tumores, el sarcoma es el que ocupa el primer lugar y principalmente el sarcoma melánico.

El cáncer *primitivo* puede afectar la forma nodular y presenta entonces, cuando menos desde el punto de vista de las lesiones macroscópicas, la mayor semejanza con el cáncer secundario. Pero en otros casos más

interesantes, constituye una masa única: es el cáncer *en masa*. Esta masa á la verdad no es única sino durante una parte de la evolución del neoplasma y frecuentemente se rodea poco á poco de nudosidades secundarias más pequeñas, que constituyen entonces grados de transición entre las dos formas opuestas del cáncer primitivo.

La estructura histológica del cáncer primitivo presenta diversas variedades del epitelioma (alveolar, trabecular, trabéculo-alveolar, de células poliédricas, cilíndricas, polimorfas, etc.). Pero siempre la neoformación tiene por punto de partida la célula hepática; nace en la misma trabécula hepática. Por el contrario, en el cáncer secundario, sea cualquiera la variedad á que pertenezca, los nódulos que tienen por característica histogénica el origen embólico, se desarrollan desde luego fuera de las trabéculas en los capilares radiados. Esta circunstancia explica perfectamente por qué el cáncer secundario del hígado se observa principalmente á consecuencia de los cánceres primitivos que ocupan los órganos tributarios de la vena porta.

Variedad muy singular del cáncer primitivo es el *adenoma*, constituído histológicamente por el epitelioma trabecular y que afecta la forma nodular. Está asociado á la cirrosis que parece desarrollarse bajo la misma influencia, si bien esta cuestión de las relaciones recíprocas de ambas lesiones ha sido interpretada de distintas maneras. El principal interés de esta variedad consiste en el lazo que establece entre las neoformaciones neoplásicas y las inflamatorias.

Sean cuales fueren su estructura y orígenes, el cáncer del hígado determina cierto número de síntomas comunes, que se encuentran por lo demás en grados diversos en la mayoría de los cánceres viscerales. Existe una anorexia marcada sobre todo para la carne, por más que se presenten excepciones á esta regla. Existe asimismo un decaimiento gradual de todas las funciones, que conduce á la caquexia cancerosa. Los trastornos digestivos son en éste más pronunciados que en muchos otros cánceres, si se exceptúan, como es natural, los del tubo digestivo: no son raros los vómitos, la constipación. La fiebre se observa con bastante frecuencia y resulta sin duda, en muchos casos, de infecciones intercurrentes. La hipoazouria, que es extremadamente marcada, es producida no sólo por la caquexia cancerosa, sino también por la inanición que ocasiona los trastornos de la digestión, y además por la insuficiencia hepática, uno de cuyos efectos es la disminución de la ureogenia.

Los síntomas locales difieren según las variedades del cáncer. En el cáncer en masa el hígado es grueso, duro y liso; por lo general, no hay ictericia, ascitis, ni dolor, ó bien estos síntomas son poco marcados. En el

cáncer nodular primitivo ó secundario, el hígado es grueso y duro, pero abollonado, con elevaciones; hay dolores á veces muy vivos, una ictericia que igualmente puede ser muy pronunciada; finalmente, puede sobrevenir la ascitis, por lo general poco desarrollada.

El diagnóstico de ordinario es fácil. No obstante, pueden cometerse errores. Cabe confundir el cáncer con diversas cirrosis: en particular el adenoma puede quedar ignorado, tomando la cirrosis que le acompaña el primer rango en el cuadro clínico. La litiasis biliar, que por lo demás puede coexistir con el cáncer, á veces por el dolor y por la ictericia que ocasiona, es origen de muchas confusiones. El quiste hidatídico simula á veces el cáncer en masa; por otra parte, ciertos cánceres en casos excepcionales pueden sufrir una transformación quística ó convertirse en sitio de una supuración y hasta dar lugar á un tumor fluctuante. Por último, es preciso contar también con los cánceres latentes. Muy frecuentemente el cáncer secundario del hígado es desconocido, pues el cáncer primitivo del estómago ó de otro órgano absorbe toda la atención del clínico.

II

Indicaciones terapéuticas

La terapéutica de una enfermedad tan decididamente incurable y tan rápidamente mortal puede reducirse á muy pocas palabras. En general, bastan algunos meses al cáncer del hígado para acarrear la muerte, y ninguna medicación es capaz de atajar sus progresos. Sin embargo, la fórmula del práctico no ha de consistir puramente en la simple abstención, y si bien el tratamiento no puede ser sino sintomático, ciertos accidentes reclaman con todo la intervención médica.

Hay que calmar el *dolor* á veces muy vivo, con los medios habituales. Al principio se hará uso preferentemente de las aplicaciones locales de pomadas y de linimentos calmantes, á fin de reservar para un período de más agudos sufrimientos el empleo de los medicamentos internos. Entonces será ocasión de recurrir al *cloral*, al *opio*, administrados por la vía gástrica ó por la rectal. Finalmente, el recurso supremo consistirá en la inyección hipodérmica de *morfina*, de la cual no debe vacilarse en hacer uso tan amplio como sea necesario para calmar los dolores.

Los *trastornos digestivos* exigen á veces el empleo de los laxantes ligeros ó de los enemas.

La *ascitis* es en general moderada y puede dejarse abandonada á sí misma. Pero si adquiere gran incremento y llega á constituir una causa

de sufrimientos ó de dificultad respiratoria, habrá que practicar la punción y la evacuación á lo menos parcial del líquido.

Si bien con frecuencia se tropieza con la invencible repugnancia de los enfermos para toda especie de alimentación, la *leche* en la medida de lo posible tiene que constituir el medicamento de elección. Es el más compatible con el profundo trastorno de las funciones digestivas, y es también el que mejor asegura la eliminación de los productos tóxicos engendrados por la supresión de las funciones del hígado.

Finalmente habrá que abstenerse cuidadosamente de toda medicación tóxica por los mercuriales, los yoduros, los arsenicales, etc.; que distan mucho de ser inofensivos en tales casos.

CAPÍTULO XLVIII

TRATAMIENTO DE LOS QUISTES HIDATIDICOS DEL HÍGADO

POR

CH. ACHARD

Agregado á la Facultad, médico de los hospitales

TRADUCCIÓN DEL DR. D. J. BLANC Y BENET

I

Consideraciones clínicas

A.—Los quistes hidatídicos son debidos al desarrollo del huevo de la *Tænia echinococcus* en el interior de los tejidos. Como las nociones esenciales referentes á las fases sucesivas de este desarrollo han sido ya expuestas en este tratado al estudiar los quistes hidatídicos del pulmón, podemos excusarnos de indicarlas de nuevo. Pero conviene hacer constar que en el hígado es donde se observa la gran mayoría de los quistes hidatídicos, sitio de elección que se explica fácilmente por el origen intestinal de los huevos de los parásitos y por su progresión habitual por la vena porta.

El quiste hidatídico en el hígado no siempre lleva á cabo una evolución regularmente progresiva. Bajo influencias todavía mal determinadas, entre las cuales parece una de las principales la irrupción de la bilis dentro de la bolsa quística, hay quistes que sufren una regresión consecutiva á la muerte de los hidátides, y que por casualidad son hallados en la autopsia, sin haber dado jamás lugar á trastorno alguno aparente. Pero esta curación espontánea de los quistes desconocidos no es muy frecuente y en ningún caso puede servir de excusa para la abstención terapéutica ante un quiste reconocido. Por lo demás la necesidad de una intervención curativa se deduce no ya tan sólo de los trastornos funcionales debidos á la compresión ejercida por el tumor, sí que también, y de un modo muy espe-

cial, de las dos temibles eventualidades á que puede conducir la evolución de los hidátides.

La primera es la supuración de la bolsa, que se produce por diversos mecanismos: además de los casos en que es efecto de una punción séptica, puede ser resultado de la penetración en la bolsa de gérmenes piógenos emanados, ya sea del intestino, por el intermedio de las vías biliares infectadas, ya de la sangre, á consecuencia de roturas de los pequeños vasos periquísticos.

El otro accidente, más peligroso todavía y más fecundo en complicaciones, es la rotura del quiste. Si el contenido está ya infectado en el momento de la rotura, podrá resultar una peritonitis rápidamente mortal. Si la rotura tiene lugar en una cavidad séptica, por ejemplo, en el tubo digestivo, la bolsa se infectará secundariamente y el enfermo permanecerá expuesto á todos los peligros de la retención de las materias sépticas en un foco pútrido, profundo y que se vacía difícilmente. Si la rotura se verifica sin la intervención de ningún elemento infeccioso, si el quiste aséptico se evacúa en un órgano también aséptico, podrán sobrevenir trastornos mecánicos en algunos casos raros (embolias vasculares, cólico hepático y obstrucción biliar), pero sobre todo la reabsorción del líquido podrá originar los fenómenos casi inmediatos y á veces fulminantes de la intoxicación hidatídica: urticaria, fiebre, disnea, síncope, colapso. Finalmente, aun cuando el enfermo se hubiese librado de los accidentes sépticos ó tóxicos de la rotura, todavía quedaría expuesto á la generalización de los hidátides, consecuencia de la pululación de las vesículas secundarias y de los capítulos de equinococos diseminados é injertados en el peritoneo.

No hay necesidad de insistir sobre estas consecuencias posibles de la evolución de los quistes hidatídicos para legitimar la siguiente conclusión: estos tumores deben ser tratados siempre y tan pronto como se haya fijado su diagnóstico.

Lo difícil, empero, es precisamente el fijar á tiempo el diagnóstico. En efecto, el quiste hidatídico las más veces se desarrolla con suma lentitud, sin reacción apreciable y casi siempre se revela al clínico sólo cuando ya es bastante voluminoso. Los trastornos funcionales que de ordinario lo indican son muy poco precisos: entre ellos la urticaria, síntoma de intoxicación, debido sin duda á la filtración fuera del quiste de una pequeña cantidad de líquido por una fisura de la pared, es el único algún tanto significativo. De ordinario son los signos físicos resultantes del desarrollo de la bolsa y de su aparición á la superficie accesible del hígado, los que permiten hacer el diagnóstico. La mayoría de los quistes del

hígado tienden, en efecto, á llegar á la periferia del órgano y á formar relieve en la pared abdominal, debajo de las falsas costillas derechas ó en el epigastrio, ó bien asimismo á rechazar hacia afuera las falsas costillas y á producir entonces la amplificación unilateral de la base del tórax.

Otras veces el quiste forma prominencia, no ya hacia la cara convexa y la parte inferior, sino hacia arriba, en la cavidad torácica, lo cual puede dar lugar á errores y confusiones con una pleuresía ó con una afección pleuro-pulmonar, principalmente en los casos bastante raros en que el quiste tiene su asiento en el lóbulo izquierdo del hígado.

La aparición de un tumor, en una región accesible á la exploración clínica, no basta muchas veces para dejar fuera de duda la existencia del quiste hidatídico. No da grandes probabilidades en favor de este diagnóstico, sino cuando el tumor es regularmente redondeado, sin abolladuras, renitente, sobre todo fluctuante (lo cual, á decir verdad, no es muy común), cuando este tumor crece de un modo lento, y no se acompaña de dolores vivos de fiebre ni de caquexia. El estremecimiento hidatídico, considerado como patognomónico, es un signo demasiado inconstante para que en la práctica resulte de positiva utilidad. La presencia de vestigios de pigmentos biliares en la orina (Potherat) es, por el contrario, una observación sobrado trivial en las afecciones hepáticas para poder afirmar muy sólidamente un diagnóstico vacilante. Así, pues, la regularidad del tumor y su evolución fría, sin que existan síntomas de intensa reacción local ni general, es lo que principalmente suscitará la idea del quiste hidatídico. Pero, en el mayor número de casos, no podrá lograrse la certeza sino merced á la punción exploradora.

B. — *Punción exploradora.* — Esta operación ha sido objeto de muchas recriminaciones. No cabe negar que ha ocasionado variados accidentes: la infección del quiste por una aguja sucia, la peritonitis por derrame del contenido purulento en la cavidad abdominal, y finalmente, toda la gama de los fenómenos tóxicos, desde la urticaria hasta el colapso y la muerte fulminante, ésta, por lo demás, en casos afortunadamente excepcionales (1). Así ciertos cirujanos han proscrito en absoluto la punción exploradora y preconizado en su lugar la incisión exploradora, practicada sistemáticamente siempre y cuando se tienen razones para sospechar un quiste hidatídico.

(1) He reunido numerosos casos relativos á estos diversos accidentes en un trabajo sobre la intoxicación hidatídica (*Arch. génér. de médecine*, Octubre, Noviembre, 1888, páginas 410 y 572). — Véase además sobre este asunto: DEBOVE, *Acad. des sciences*, 19 Diciembre de 1887, y *Soc. médic. des hôpitaux*, 9 Marzo de 1888. — ACHARD, *Soc. méd. des hopitaux*, 18 Mayo de 1894. — VIRON, *Arch. de méd. expérim.*, Enero de 1892. — BOINET y CHAZOULIÈRE, *Marseille médical*, 15 Diciembre de 1892. — CHAUFFARD, *Semaine médic.*, 8 Julio de 1896. — COLLEVILLE y GUÉNART, *Gazette hebdomadaire*, 27 Septiembre 1896, pág. 924.

Sin embargo, para que esta última práctica resulte plenamente justificada, sería preciso que el tratamiento de todo quiste hidatídico exigiese necesariamente la intervención del bisturí, y por otra parte que la incisión del quiste fuese completamente inofensiva. Ahora bien, las curaciones obtenidas por las punciones y las inyecciones son harto numerosas para que puedan ser abandonados para siempre estos medios tan sencillos y de una aplicación tan fácil. Además, la incisión de los quistes no está tampoco del todo exenta de los peligros de la punción. De suerte que, en el tratamiento de la mayoría de los quistes hidatídicos, la punción exploradora sigue siendo una operación preliminar casi obligada. La incisión exploradora sería aplicable particularmente á los quistes subdiafragmáticos, capaces de suscitar dudas sobre el origen pleural ó pulmonar de la bolsa (Heydenreich), y á los quistes ántero-inferiores, pediculados y movibles, que descienden hacia el abdomen (Segond).

A fin de evitar en la medida de lo posible los accidentes que á veces han seguido á la punción exploradora, es preciso rodearse de ciertas precauciones. Dese ya por supuesto ante todo que la asepsia se realizará de la manera más perfecta posible. Para practicar la punción, hay que proveerse de una aguja fina y bastante larga para poder penetrar hasta el quiste, caso de que éste no se halle en la superficie misma del hígado. Hay que hacer la aspiración por medio de una buena jeringa que haga el vacío y de cabida cuando menos de 10 centímetros cúbicos. Si no se puede disponer de una jeringa de esta cabida, esterilizable y que haga perfectamente el vacío, se empleará el aspirador previamente desinfectado. Importa, en efecto, que, sin vaciar el quiste, se extraiga una cierta cantidad de líquido (de 10 á 20 centímetros cúbicos), á fin de disminuir la tensión del contenido y evitar su salida fuera de la bolsa una vez se haya retirado la aguja.

Durante la punción se recomendará al enfermo la más completa inmovilidad y la suspensión de los movimientos respiratorios. La operación debe ser practicada con rapidez y el médico debe considerar como ilícito servirse de la aguja como de una sonda exploradora y menearla dentro de la cavidad del quiste para intentar el reconocimiento de su extensión ó la presencia de vesículas secundarias.

El líquido extraído por la punción no sólo arrojará datos precisos acerca la existencia del quiste hidatídico, sino que los proporcionará asimismo de capital importancia para la terapéutica respecto del estado de su contenido. Mostrará si el quiste es supurado, si contiene sangre ó bilis; á veces el líquido es turbio, amarillento, y podríase vacilar en estas condiciones en admitir que se tratase de un quiste hidatídico. En estos casos

de modificaciones sufridas por el contenido, importa examinar en el microscopio el líquido depositado ó sometido á la centrifugación: la presencia de restos quísticos, de ganchos sobre todo, desvanecerá todas las dudas. Finalmente, en el mayor número de casos, el líquido extraído es puro, límpido como el agua de roca; entonces hay que asegurarse de que presenta los caracteres esenciales del líquido hidatídico: ausencia de albúmina y presencia de una cantidad notable de cloruro de sodio; para ello, bastará en la práctica observar que no se enturbia por el calor y por el ácido nítrico, y que da con el nitrato de plata un abundante precipitado blanco como de leche cuajada (1).

II

Métodos terapéuticos

Una vez reconocido el quiste hidatídico, ¿qué tratamiento hay que aplicarle?

La terapéutica ideal sería la que permitiese atacar al parásito en todas partes donde pudiese encontrarse en la economía, modificando el medio interior de tal manera que el organismo resultase impropio para la vida del hidátide. Entonces no habría que preocuparse de si el quiste es simple ó si contiene vesículas hijas, si es solitario ó si existen varios. Pero este *tratamiento general* antiparasitario no existe hasta el presente. Hanse hecho muy numerosas tentativas en este sentido, preconizándose las más diversas substancias: *agua salada* (Laënnec), *mercuriales* (Baumès), *tintura de kamala* (Hjaltin), *esencia de eucaliptus* (Buchterkirch), etc.; hoy día han caído todos en desuso. El *yoduro de potasio* (Hawkins, Jaccoud, Semmola), que ha gozado de favor durante cierto tiempo, está también casi abandonado. Haremos también mención del *extracto etéreo de helecho macho*, cuyas propiedades parasiticidas son muy conocidas respecto de los entozoarios intestinales, y que ha sido preconizado en estos últimos tiempos contra las hidátides hepáticas (Reletti). Pero este medicamento es tóxico, principalmente en los casos en que el hígado está alterado en sus funciones (Grawitz), y por lo mismo no pa-

(1) El examen microbiológico del líquido puede también proporcionar indicaciones que no son despreciables. En general, un líquido claro y límpido es aséptico; sin embargo, el líquido puede ser bastante límpido y contener ya gérmenes piógenos. Por otra parte, un líquido turbio de hidátide muerto puede estar absolutamente desprovisto de gérmenes. Por lo mismo es útil, cuando ello es posible, no atenerse tan sólo al examen á simple vista, sino recurrir á los cultivos.

rece que pueda ser administrado por la vía interna á una dosis bastante elevada para resultar eficaz.

Es conveniente, pues, recurrir á los *tratamientos locales*. Sin hablar de las aplicaciones externas, revulsivas ó de otra clase cuya inutilidad es evidente, hay otros procedimientos de tratamiento local que merecen simplemente una mención histórica. Ya no hay quién abra los hidátides por medio de los *cáusticos*, ya no se practica la *acupuntura* de Trousseau. La *electrolisis*, preconizada por Thorarensen, H. Fagge y Durham, ya no se emplea hoy día: tiene por lo demás todos los inconvenientes de una punción no evacuatriz y no parece tener otra acción sobre la vitalidad de los parásitos (1). Hase renunciado igualmente á las *sondas* y *trócares* permanentes que exponen con harta facilidad á las complicaciones sépticas.

La terapéutica de los quistes hidatídicos del hígado se reduce hoy día á dos órdenes de procedimientos; á saber: 1.° la punción, 2.° la incisión, cada uno de los cuales permite, por lo demás, distintas variantes.

A.—PUNCIONES É INYECCIONES

La punción curativa es, en cierto modo, la consecuencia de la punción exploradora, y es muy ventajoso, cuando el resultado de la punción exploradora permite decidirse por la punción curativa, no diferirla, para practicar luego una segunda punción de la bolsa quística, la cual expondría de nuevo al enfermo á los inconvenientes y á los incidentes imputables á una intervención de este género. Por lo mismo bueno será, siempre que se practique la punción exploradora, estar dispuesto á completarla por la evacuación y por consiguiente tener á mano un aparato aspirador.

1.° *Punción simple.*—La evacuación pura y simple puede ir seguida de la desaparición del quiste y de la curación definitiva. Tal ocurre especialmente cuando se trata de una hidátide ya muerta, habiendo presunción en favor de la muerte del hidátide cuando el líquido quístico es turbio, albuminoso, está mezclado con bilis, sangre y restos del parásito.

En otros casos, el hidátide vivo ha sido muerto por la punción, sin duda bajo la influencia de las modificaciones de presión determinadas por la salida del líquido y de la irrupción de la bilis que sobreviene á veces en estas condiciones. De todos modos es cierto que, en muchos casos, la

(1) Sin embargo, Boinet (*Gaz. hebdom.*, 12 Agosto de 1897, pág. 758) ha publicado muy recientemente un caso de quiste hidatídico del hígado, curado por las punciones y la electrolisis.

punción simple es insuficiente, que va seguida á un plazo mayor ó menor de la reproducción del tumor, ora se trate de la bolsa primitiva puncionada, ora de una bolsa secundaria. Conviene, pues, antes de afirmar la curación, seguir observando á los enfermos durante años y hacer todavía algunas reservas prudentes sobre la solidez de esta curación.

Por lo demás, se puede repetir la punción varias veces; hasta se ha llegado bastante lejos en este camino, y Dieulafoy ha citado un caso tratado con éxito por 300 punciones sucesivas. Pero se prefiere generalmente hoy día recurrir á la cirugía después de dos ó tres punciones seguidas de recidiva.

2.° *Punción é inyección.* — La punción no sólo permite la evacuación del líquido quístico, sino la introducción de substancias modificadoras y parasiticidas en la bolsa. Hanse empleado hace ya mucho tiempo líquidos *alcohólicos*, soluciones *yodadas*, *bilis de buey*, en razón del papel hidaticida atribuído á la bilis. Más recientemente se ha recurrido á los principales antisépticos modernos: *sulfato de cobre*, *ácido fénico*, *creosota*, *cloral*, *naftol*, *ácido salicílico*, etc., pero sobre todo el *sublimado* es el que más ha sido inyectado bajo la forma de licor de van Swieten en los quistes hidatídicos.

La manera como se practica la inyección parasiticida varía según los distintos procedimientos que difieren entre sí, principalmente por la proporción de líquido evacuado y de líquido inyectado.

El procedimiento de Sennett-Baccelli (1) consiste en extraer del quiste sólo una mínima cantidad de su contenido, algunos centímetros cúbicos, y en inyectar acto continuo una cantidad poco más ó menos igual de antiséptico que se deja abandonado en la cavidad. El inconveniente en tales casos está en dejar el quiste á una tensión aproximadamente igual á la que tenía precedentemente y en exponer al enfermo al rezumamiento intraperitoneal de líquido hidatídico, de por sí tóxico y además también tóxico por el antiséptico introducido, á lo menos si este antiséptico se emplea en solución concentrada. Por otra parte, si el antiséptico está en solución poco concentrada, se diluye en una gran cantidad de líquido hidatídico, y su eficacia queda entonces notablemente reducida.

A fin de evitar los inconvenientes de una evacuación casi nula y de una excesiva disolución de la substancia parasiticida, Debove (2) ha aconsejado evacuar todo el líquido del quiste, é inyectar luego sublimado en cantidad menor que la de aquel líquido, dejar obrar entonces el antisép-

(1) A. Sennet. — *The Lancet*, 18 Junio de 1887. — Baccelli. — *La Riforma medica*, 11 Junio y 30 Agosto de 1887.

(2) Debove. — *Soc. médicale des hôpitaux*, 12 Octubre de 1888.

tico dentro de la bolsa durante unos diez minutos, y luego retirarlo por aspiración, á fin de prevenir los accidentes tóxicos que podría provocar la absorción de una cantidad tan elevada de sublimado. Asimismo, según han propuesto y practicado varios autores, se puede terminar la operación lavando la bolsa con agua esterilizada para arrastrar los últimos residuos de sublimado. Este procedimiento ofrece la ventaja de obrar localmente de un modo enérgico sobre las hidátides, merced á la gran cantidad de antiséptico introducido, evitando no obstante los efectos generales de la intoxicación mediante la extracción del mismo.

Hase presentado á veces á los operadores que han aplicado este procedimiento cierta dificultad para evacuar el antiséptico inyectado, y se han señalado accidentes tóxicos y hasta mortales, debidos á su retención.

Así es que, particularmente en los casos de quiste poco voluminoso, varios autores prefieren el procedimiento de Hanot (1), que en cierta manera es un intermedio entre los dos precedentes y que consiste en vaciar totalmente la bolsa, á fin de evitar el inconveniente de una punción insuficientemente evacuatriz (2), y en hacer después una inyección abandonando el líquido vertido dentro de la bolsa, inyección de pequeña cantidad y de fuerte calidad, ó sea de 15 á 40 gramos de licor de van Swieten, dosis inferior á la tóxica. Como los experimentos de Chauffard y Widal han demostrado que una proporción de 36 gramos de licor de van Swieten por 2 litros de líquido hidatídico bastaban para impedir el desarrollo de los gérmenes piógenos, admítese que la acción parasiticida se ejerce de un modo semejante en las hidátides y se cree que el sublimado puede obrar también paulatinamente, por difusión, sobre las vesículas hijas, si las hay, mientras que, por el procedimiento de Debove, éstas resistirían más fácilmente á la acción pasajera del antiséptico (3).

De todos modos es cierto que cuando las vesículas secundarias son

(1) *Thèse de* Morin, París, 1889.

(2) Cuando se practica la evacuación total del líquido, bueno es no llevarla hasta el agotamiento, sino detenerse más bien antes de que salgan las últimas gotas: entonces se tiene mayor seguridad de inyectar la substancia antiséptica en la bolsa, pues sus paredes no se han pegado á la punta de la aguja.

(3) A propósito de las inyecciones parasiticidas, haré mención de una tentativa terapéutica que hice en Noviembre de 1894, en el hospital Cochin, con el extracto etéreo de helecho macho. Tratábase de un quiste hidatídico de mediano volumen; después de haber sacado 500 gramos de líquido absolutamente límpido que contenía cloruro de sodio y no contenía albúmina, inyecté 0gr,40 de extracto en disolución en aceite de olivas esterilizado. Once días después, hice una segunda punción que dió salida á 250 gramos de un líquido ligeramente turbio, de tinte amarillo verdoso, semejante al del líquido inyectado precedentemente, y que contenía mucha albúmina, así como restos de equinococos (cabezas y garfios), caracteres que indicaban la muerte del hidátide. Inyecté de nuevo, en la propia sesión, 2 gramos de extracto en 20 gramos de aceite. Ningún malestar presentóse después de esta inyección, y el tumor había disminuído de volumen, cuando ocho días más tarde el enfermo abandonó el hospital.

numerosas, lo cual se reconocerá por la débil cantidad de líquido evacuado relativamente al volumen del tumor, y en algunos casos hasta por la ausencia casi completa de líquido (punción en blanco), el método de las punciones no resulta aplicable. Entonces conviene confiar el enfermo al cirujano.

B.—MÉTODOS QUIRÚRGICOS

La intervención quirúrgica dispone de varios procedimientos. La exposición de la técnica operatoria y de las indicaciones detalladas correspondientes á cada uno de aquéllos no entra en el plan de este artículo. Debemos, empero, mencionar, aunque sea sumariamente, cuáles son los recursos de la cirugía en el tratamiento de los quistes hidatídicos del hígado y en cuáles circunstancias el médico tiene el deber de apelar á ellos.

La *incisión* de la bolsa constituye el fundamento de este tratamiento quirúrgico. Esta incisión se practica ó en dos tiempos, ó bien, por razón de la ventaja que da una mayor rapidez, en un solo tiempo. La región por la cual el cirujano ataca el quiste varía necesariamente según el sitio del mal: unas veces se abre la bolsa por la vía abdominal (Lindemann-Landau), otras por la vía lumbar, otras por la vía transpleural, con ó sin resección del esqueleto costal. Por lo general, la incisión de la bolsa se hace después de la evacuación por punción, luego se suturan los labios de la herida quística con los de la herida cutánea y se lava la cavidad, se drena y se tapona. Puédese igualmente en ciertos casos hacer la *incisión parcial* de la bolsa. El raspado de las paredes ofrece peligros de hemorragia. La *extirpación total* del quiste, que sería la operación curativa por excelencia, por desgracia no es aplicable sino en muy contados casos.

Por excepción también, podrá hacerse la *resección del segmento hepático* á expensas del cual se ha desarrollado el quiste. En la variedad especial de los quistes del hígado que desciende hacia el abdomen (quiste ántero-inferior pediculado), se hace preciso dejar un pedículo en el ángulo superior de la herida.

En suma, el tratamiento quirúrgico no puede en muchas circunstancias ser considerado como capaz de determinar una rápida curación; muchas veces exige meses, durante los cuales el operado se ve sujeto no sólo á curaciones, sino á una existencia de enfermo (1): he aquí á buen seguro una de las causas que explican el favor de que goza el tratamiento por las punciones.

(1) Para acelerar la retracción de la bolsa y la cicatrización, M. P. DELBET (*Acad. de Med.*, 1896) ha preconizado recientemente el *bastidado de la piel.*

Es preciso también reconocer que, á pesar de los perfeccionamientos de la técnica quirúrgica, estas intervenciones operatorias tienen sus inconvenientes y hasta sus peligros. Ciertos quistes, situados profundamente y separados de la superficie del hígado por un espesor de parénquima mayor ó menor, no son fáciles de alcanzar, y á veces ha sido preciso en el curso de una operación renunciar á ir más lejos y atenerse á la punción. Después de la incisión del quiste hase notado con alguna frecuencia el establecimiento de una fístula biliar de curación sumamente difícil.

Finalmente, puede venir la muerte como consecuencia de la incisión de un quiste voluminoso, que hubiese rechazado los órganos de la cavidad torácica, y con la brusca decompresión se provoque una asfixia rápida (1).

Claro está que no conviene exagerar la importancia ni la frecuencia de estos casos desgraciados, pero hoy por hoy no cabe oponer á los peligros de las punciones la inocuidad por parte de la intervención operatoria. Lo cierto es que estos dos grandes métodos de tratamiento, punción é incisión, tienen cada uno sus peligros. Así únicamente después de haberlos tomado en consideración y de haber pesado su valor respectivo podrá el médico decidirse por uno ó por otro.

C. — RESUMEN DE LAS INDICACIONES

Las reglas que deben presidir á esta elección pueden resumirse como sigue:

A. — Las *punciones* y las *inyecciones* son aplicables á la mayoría de los quistes hidatídicos del hígado no abiertos, cuyo contenido sea aséptico y que estén desprovistos de vesículas hijas ó sólo las contengan en número escaso.

Si el hidátide está muerto, podrá bastar la punción. Si está vivo, hay que hacer la inyección parasiticida preferentemente de *sublimado*, ya por el procedimiento de Debove, ya por el de Hanot.

B. — La *intervención quirúrgica* está indicada:

1.° En los quistes *supurados* á pesar de algunos éxitos obtenidos por las punciones seguidas de lavados antisépticos (2). Habría que hacer tal vez una excepción para los quistes cuyo pus fuese reconocido estéril.

2.° En los quistes *abiertos* sea en una cavidad séptica como el tubo digestivo, sea en los bronquios, sea en una cavidad serosa, peritoneo ó pleura, y aun cuando el quiste no haya supurado.

(1) LE GENDRE. — *Soc. médic. des hôpitaux*, 24 Julio de 1896.
(2) MESNARD. — *Gaz. hebdom. des sciences médic. de Bordeaux*, 1888.

3.° En los quistes *pediculados* que descienden hacia el abdomen.

4.° En los quistes que contienen *vesículas secundarias numerosas*, cuya presencia podría reconocerse después de una punción en blanco ó de una punción evacuatriz, á pesar de la cual el tumor conservase cierto volumen.

5.° En los quistes sencillos en apariencia, pero que *recidivan* después de dos ó tres tentativas de punción seguida de inyección de sublimado.

6.° En la variedad particular conocida con el nombre de *quistes alveolares*, que sólo ha sido observada en Alemania, y cuyas relaciones con el equinococo propiamente dicho se discuten todavía.

III

Profilaxia

La profilaxia de los quistes hidatídicos se fundamenta enteramente en el conocimiento de las migraciones que verifica el parásito fuera del organismo humano. El huevo de la *Tænia echinococcus* penetra habitualmente en las vías digestivas por el intermedio del agua; importa, pues, abstenerse del agua no filtrada, no sólo como bebida, sino también en la preparación de los alimentos que se consumen crudos, en el lavado de las frutas y legumbres, en particular de las ensaladas.

Los huevos que son origen de los quistes hidatídicos proceden de la *Tænia echinococcus* que se desarrolla en el intestino del perro; y son esparcidos por el suelo y en las aguas con las deyecciones del animal. Por lo mismo hay que evitar, por una parte, que se contaminen con dichas deyecciones las aguas destinadas á la alimentación, y por otra, hay que impedir que el perro sea infectado por el parásito, evitando darle como alimento á este animal los restos de los mataderos que pueden contener equinococos. Estos restos deben ser destruídos y no abandonados en la vía pública, ni arrojados al muladar.

Estas precauciones profilácticas deberán ser rigurosas en los países donde reina con cierta frecuencia la afección hidatídica, principalmente en Islandia y en Australia.

CAPITULO XLIX

TRATAMIENTO DE LAS CIRROSIS

POR

ARMANDO SIREDEY

Médico del hospital Saint-Antoine

Traducción del Dr. D. J. BLANC Y BENET

I

Consideraciones generales

A.—CURABILIDAD DE LAS CIRROSIS

Desígnase con el nombre de *cirrosis,* la *esclerosis difusa* y *generalizada* del hígado, sea cual fuere su origen.

Hasta estos últimos años era considerada esta afección como absolutamente incurable. Todos los autores convenían en atribuirle un curso progresivo, fatal, que desafiaba todos los esfuerzos de la terapéutica. En vano se buscaría en los tratados clásicos que han estado en manos de nuestra generación, una indicación seria de tratamiento, fuera de la parte destinada á aliviar momentáneamente á los enfermos afectos de ascitis.

Este concepto tan poco tranquilizador se apoyaba por lo demás en las alteraciones comprobadas en los hígados cirróticos. ¿Cómo era posible creer en la regresión de estas anchas tiras fibrosas que comprimen, estrangulan el tejido glandular?

La histología acentuaba todavía más la gravedad de las lesiones, poniendo de manifiesto que la esclerosis hepática, casi totalmente constituída por tejido conjuntivo adulto, muy pobre en elementos celulares y por consiguiente poco susceptible de modificaciones, acarreaba casi siempre la atrofia simple ó la degeneración de las células hepáticas.

Algunos enfermos, sin embargo, después de haber presentado todos los síntomas de la cirrosis, se obstinaban en curarse; preferíase entonces creer en un error de diagnóstico á publicar hechos que, de antemano, habían de ser negados.

Una memoria de Chrestien (1), de Montpellier, sobre la curación de la ascitis por la leche, no parece haber tenido toda la resonancia que merecía, pues en un período de más de cuarenta años, no se registran más que algunas observaciones aisladas, como las de Frerichs (1850) y de Monneret (2), que se referían á enfermos curados de ascitis, que sucumbían algunos meses más tarde por efecto de una enfermedad intercurrente, y en los cuales la autopsia ponía de manifiesto lesiones muy claras de esclerosis hepática.

Leudet (3), de Rouen, en 1874, demostró por primera vez, en sus lecciones clínicas, la curabilidad de la ascitis debida á la cirrosis del hígado consecutiva al abuso de las bebidas alcohólicas. Lancereaux sostuvo la misma tesis en su artículo *Alcoolisme* del *Dictionnaire encyclopédique*.

Leudet, en 1879, insistió sobre esta cuestión, en una comunicación al Congreso de Montpellier, aportando nuevas observaciones.

Semmola, de Nápoles, presentó aquel mismo año al Congreso de Amsterdam, un importante estudio sobre el tratamiento de la cirrosis hepática por el uso riguroso y exclusivo de la leche, y poco tiempo después, el profesor Renzi registraba numerosos éxitos en apoyo de este método.

Bouveret (4) estudió de nuevo la cuestión y observó, como los autores precedentes, la curación de la ascitis cirrótica en un buen número de casos.

Según es de ver, los trabajos de Leudet, de Semmola, de Bouveret, sin olvidar la memoria de Chrestien, habían ya realizado un progreso importante, puesto que rehabilitaban en cierto modo la terapéutica ante una afección tenida por incurable.

Sin embargo, á pesar de algunas tesis y memorias publicadas sobre el mismo asunto en los años siguientes, quedó la cuestión en el mismo estado, y la cirrosis no perdió poco ni mucho su mala reputación.

El 9 de Julio de 1886, Troisier presentó á la Sociedad médica de los hospitales de París una interesante observación modestamente titulada:

(1) Chrestein. — *Sur l'utilité du lait administré comme remède et comme aliment dans le traitement de l'hydropisie ascite*, 1831.
(2) Monneret. — *Arch. génér. de Médecine*, 1852.
(3) Leudet. — *Leçons cliniques*, 1874.
(4) Bouveret. — *Lyon Médical*, 1881.

Desaparición de la ascitis consecutiva á una diuresis abundante, en un caso de cirrosis del hígado.

Esta observación no difería, bajo muchos conceptos, de las que habían sido ya publicadas por Leudet, Semmola, Bouveret, Carral (1), Ribeton (2) en favor de la curabilidad de la cirrosis; pero tuvo el mérito de provocar una discusión sobre el fondo de la cuestión, que contribuyó poderosamente á la vulgarización de esta idea.

Desde aquel momento, multiplicáronse los éxitos. Muchos dieron á luz nuevos casos: Dieulafoy, Letulle, Bucquoy, Troisier, Rendu, Richard y principalmente Millard, citaron numerosos en los cuales habíase obtenido la curación en condiciones análogas, después de una ó varias punciones (3). Un enfermo de Rigal (citado en la tesis de Ribeton) había sido puncionado doce veces. Otro enfermo de Troisier y Séailles había sufrido diez y ocho punciones.

La discusión se extendió muy pronto, y el 23 de Julio de 1886, no se hablaba ya tan sólo de la desaparición de la ascitis, sino de la *curación de la cirrosis*.

Una de las más interesantes entre estas observaciones, fué presentada por Dujardin-Beaumetz. Tratábase de un enfermo tratado en su clínica del hospital Cochin, por una cirrosis con ascitis y estado caquéctico bastante pronunciado. Después de una punción que dió lugar á la salida de 5 litros y medio de líquido, este hombre fué sometido á un tratamiento que, en tres meses, hizo desaparecer casi todos los accidentes de la cirrosis. Sentíase realmente bien y comenzaba á engordar de un modo notable. Habiendo obtenido permiso para salir, aprovechóse de él para alcoholizarse abominablemente y se durmió en el bosque de Meudon, pasando allí la noche. Al despertar, presa de un escalofrío, volvió á ingresar, con una pneumonía, en el hospital Cochin, que había abandonado el día anterior, y sucumbió á los dos días de enfermedad. Pues bien, su hígado, aumentado de volumen, presentaba todos los caracteres de la cirrosis, de la cual, además, ofreció la confirmación el examen histológico.

Una comunicación de Lancereaux (4) á la Academia de Medicina, nuevas observaciones de Hanot y Gilbert (5), de Millard (6) presentadas

(1) Carral. — *Contribution à l'étude de la cirrhose alcoolique. Sa marche, sa durée.* Tesis de Lyón, 1884.

(2) Ribeton. — *De la curabilité de certaines formes de cirrhose atrophique du foie.* Tesis de París, 1885.

(3) *Bullet. Soc Méd. des hôpitaux*, 1886.

(4) Lancereaux. — Tratamiento de las cirrosis del hígado (*Bullet. Acad. Médecine*, 30 Agosto de 1887).

(5) Hanot y Gilbert. — *Bullet. Soc. Méd. des Hóp.*, 1890.

(6) Millard. — *Bullet. Soc. Méd. des Hóp.*, 1892.

á la Sociedad médica de los hospitales, diversas tesis y publicaciones de Desaux (1), François (2), Marini (3), Willemin (4), Goodin, de Brun, Pétrone, etc., y finalmente, las notables lecciones (5) de Dujardin-Beaumetz sobre el tratamiento de las enfermedades del hígado, acabaron por determinar la convicción, y hoy día nadie vacila ya en admitir la *curabilidad de ciertas cirrosis*.

B. — CONDICIONES DE CURABILIDAD DE LAS CIRROSIS

La curación de las cirrosis no puede ser sino muy relativa. Sean cuales fueren sus variedades anatómicas y clínicas, estas afecciones están esencialmente constituídas por la hiperplasia del tejido conjuntivo. Esta hiperplasia presenta dos particularidades: es á la vez *difusa* y *progresiva*, y está formada de tejido *conjuntivo adulto*, de *tejido fibroso*, por consiguiente *no regresible*. Además, las células hepáticas frecuentemente están atrofiadas, infiltradas de grasa, de pigmento, y esto á veces de un modo precoz, antes que la enfermedad se haya revelado por trastornos importantes. Estas lesiones celulares é intersticiales representan, pues, alteraciones definitivas y poco susceptibles de mejorar.

Sea cual fuere el tratamiento empleado, es imposible volver al tipo embrionario el tejido fibroso grueso, duro, retraído como el que se encuentra en un corte de hígado cirrótico, y es difícil admitir que las células hepáticas degeneradas puedan volver á adquirir sus caracteres normales.

Sería, pues, mecerse en ilusiones el contar con la *restitutio ad integrum* de un hígado cirrótico, como si se tratase de un pulmón atacado de pneumonía ó de una región de la piel afecta de erisipela. ¿Cómo conciliar, pues, la irreductibilidad de estas lesiones con los ejemplos numerosos que atestiguan innegables y prolongadas mejorías?

De la mayoría de las observaciones publicadas hasta el día resalta un hecho: *las cirrosis del hígado gordo son las que más fácilmente se curan*. Según Millard y Dujardin-Beaumetz, son las únicas que se curan. Esta interpretación tal vez es demasiado absoluta. E. Willemin, en su tesis, refiere á lo menos 16 observaciones de cirrosis atrófica, seguida de

(1) Desaux. — *Thèse de Paris*, 1887.

(2) François. — *Étude sur les hépatites chroniques et leur curabilité*. Tesis de Lyón, 1888.

(3) Marini. — *Essai sur le traitement des cirrhoses*. Tesis de París, 1889.

(4) E. Willemin. — *De la curabilité des accidents péritonéaux et hépatiques d'origine alcoolique*. Tesis de París.

(5) Dujardin Beaumetz. — *Considérations générales sur le traitement des maladies du foie*. París, 1893.

una mejoría que sostuvo durante muchos meses y en algunos casos durante algunos años.

Pero las formas hipertróficas de la cirrosis gozan en este concepto de un notable privilegio. Millard las considera como constituyendo la primera etapa, congestiva, inflamatoria, de la hepatitis intersticial, que debe conducir más tarde á la esclerosis y á la atrofia.

Hanot y Gilbert hacen notar que nunca han podido, en sus numerosas investigaciones respecto al particular, observar la atrofia progresiva de los hígados gordos, que en general permanecen hipertrofiados hasta el fin de la enfermedad. En sentir de estos autores, se trata entonces de una variedad especial de cirrosis venosa, que no difiere de la forma atrófica más que por una vascularización mayor y por *la tendencia á la hiperplasia nodular*.

Bajo este punto de vista, bueno será analizar la observación de Dujardin-Beaumetz, la primera que permitió comprobar las alteraciones anatómicas de un hígado cirrótico, que era considerado, clínicamente, en vías de curación, y esto en condiciones eminentemente favorables, puesto que el enfermo había sucumbido á una pneumonía, cuarenta y ocho horas después de haber salido del hospital, y por consiguiente sin haber tenido tiempo de que se fraguaran nuevas lesiones hepáticas. El hígado, aumentado de volumen de un modo muy notable, presentaba gruesas trabéculas conjuntivas, en las cuales el microscopio revelaba *numerosas células embrionarias*.

En la mayoría de los hígados voluminosos, efectivamente, los espacios intersticiales están llenos de células jóvenes. ¿Podrá atribuirse acaso á la desaparición de estos elementos la detención ó cuando menos la suspensión del proceso esclerógeno? La hepatitis intersticial quedaría yugulada desde las primeras fases de su evolución? Por desgracia no es así.

Al mismo tiempo que estas células embrionarias, que parecen acusar una inflamación aguda, existen ya anchas tiras de esclerosis perivenosa, y, según hacen notar Hanot y Gilbert (1), la topografía de las lesiones en estos hígados gordos no difiere sensiblemente de la que se observa en la cirrosis atrófica. Aunque más vasculares, menos gruesas y tal vez menos retráctiles, las trabéculas fibrosas, no parecen tener mucha tendencia á desaparecer. Por lo demás, la mejoría, la misma relativa curación se observan algunas veces, si bien menos á menudo en la cirrosis atrófica, y Eug. Willemin ha referido de ello varios ejemplos en su tesis. La reabsorción de las células embrionarias puede, pues, desempeñar cierto papel en esta evolución favorable de las cirrosis, pero no es su causa única.

(1) Hanot y Gilbert.—*Loc. cit*, y *Bullet. Soc. Med. Hóp.*, 1890.

En algunos casos se trata de cirrosis parciales, de curso lento, mucho tiempo estacionarias, que no interesan sino ciertas partes del hígado, y que dejan intactos un gran número de lóbulos, los cuales pueden bastar para asegurar durante algún tiempo el funcionalismo de la glándula. Esta interpretación es tanto más racional cuanto que, si se examinan al microscopio hígados ó riñones afectos de lesiones difusas, en apariencia generalizadas, vese que existen ordinariamente numerosos islotes de tejido sano. Por extensas que sean las alteraciones celulares é intersticiales, no tienen una simetría perfecta, casi siempre dejan libres algunas regiones, sin que pueda conocerse la causa de esta inmunidad.

Pero es preciso tener en cuenta un elemento mucho más importante y que se conoce de muy poco tiempo, es la *regeneración de las células hepáticas*, que parece desempeñar un importante papel en la curación de las cirrosis. Hanot y Gilbert dicen, hablando de los hígados gordos de los alcohólicos: «... Las trabéculas hepáticas pueden *hipertrofiarse* en algunos puntos y tender á la orientación concéntrica que se observa en la hepatitis nodular, justificando, en su sentido estricto, nuestro calificativo de *cirrosis hipertrófica*.» Trátase entonces de un proceso de regeneración del tejido hepático como el que han producido experimentalmente Ponfick (1) y después de él V. Meister (2). Extirpando á algunos animales la mitad y hasta las tres cuartas partes del hígado, han observado la reproducción del tejido glandular, con crecimiento progresivo de la excreción de la urea. Un fenómeno análogo se ha observado, por lo demás, en el hombre, por Ponfick, á consecuencia de quistes hidatídicos que habían comprimido, atrofiado ó destruído una parte del hígado. Durig (3) ha publicado 17 casos de hipertrofia vicaria del lóbulo sano, en presencia de quistes hidatídicos. Esta cuestión ha sido recientemente estudiada en un excelente trabajo de Z. Kahn (4).

Hanot, Letulle, Chauffard, han publicado casos de este género. Pero el tejido de nueva formación ¿es absolutamente idéntico al tejido hepático normal? Según Ponfick, las células son más pequeñas, no presentan el mismo orden radiado, tan característico del lóbulo hepático. Están dispuestas en tubos alargados, más ó menos irregulares é incurvados.

Hanot, después de haber practicado durante muchos años investigaciones sobre este particular, aceptaba la regeneración experimental del

(1) PONFICK.—Sobre la regeneración del hígado en el hombre *(Festschrift der Assistanten für Virchow.* Berlín, 1891.

(2) V. MEISTER.— *Centralblatt für allgem. path. und. Path. Anat.*, 1891.

(3) DURIG.—*Münchener med. Abhand.*

(4) KAHN.—*Étude sur la régénération du foie dans les états pathologiques.* Tesis de París, 1897.

hígado en los animales sanos, pero no consideraba los elementos neoformados como el equivalente de la glándula hepática, desde el punto de vista anatómico y fisiológico. «La hiperplasia, que es regular en los experimentos de fisiología experimental, es irregular cuando debe reemplazar un tejido destruído, y continúa, en cierto modo, bajo otra forma, el proceso patológico inicial (1).»

Estas reservas de Hanot no están justificadas en todos los casos. La regeneración experimental del hígado en los animales, la que se ha observado en el hombre, en presencia de quistes hidatídicos, ó bien de cánceres, parecen estar en relación con la conservación de las funciones hepáticas, y nunca es tan acentuado este fenómeno como en las cirrosis hipertróficas, puesto que Surmont (2) ha observado en tales casos la disminución de la toxicidad urinaria, en lugar del aumento observado generalmente en las formas atróficas de esta enfermedad.

A. Chauffard (3), en la muy notable memoria que presentó al Congreso de Moscou, insistió muy justamente acerca de esta hiperplasia compensatriz. No tiene lugar cuando las células de nueva formación presentan las mismas lesiones degenerativas que el resto del parénquima, ó bien cuando coincide con la destrucción rápida y total de los elementos glandulares, como en la cirrosis atrófica de Laënnec, por ejemplo. Pero muchas veces, la regeneración de las células hepáticas es suficiente para permitir á los enfermos larga supervivencia y hasta lograr una curación aparente, que puede sostenerse mucho tiempo, sino indefinidamente.

A veces esta proliferación glandular llega á un grado tal, que da lugar á los nódulos adenomatosos descritos hace mucho tiempo por Kelsch y Kiener, y por Sabourin. Algunos de estos adenomas pueden hasta «invadir la vena porta, y hacerse infectantes como verdaderos tumores malignos.» (A. Chauffard, *loc. cit.*).

De la cualidad, pues, mejor que de la cantidad de los elementos de nueva formación, depende el valor de esta hiperplasia compensatriz. A pesar de su volumen considerable, algunos hígados presentan una degeneración grasosa total, ó una transformación epiteliomatosa, que no hacen más que acentuar la gravedad de la enfermedad, mientras que otros hígados, ligeramente atrofiados, pueden, merced á esta proliferación reparadora, conservar bastantes células glandulares para asegurar su funcionalismo. Sin embargo, los hígados voluminosos son los que presentan una

(1) Hanot. — De las hiperplasias compensatrices y de la regeneración del hígado (*Presse médicale*, 1895).

(2) Surmont.—Toxicidad urinaria de las enfermedades del hígado. (*Arch génér. de médecine*, 1892).

(3) A. Chauffard.—*Congrès international de médecine tenu á Moscou*, Agosto, 1897.

regeneración más activa y por esta misma razón son los que ofrecen las mayores probabilidades de supervivencia, según lo había ya demostrado la observación clínica (Millard, Dujardin-Beaumetz, Hanot y Gilbert), puesto que los dos tercios cuando menos de las cirrosis curadas pertenecen á las formas hipertróficas.

Iguales consideraciones son aplicables á las cirrosis cardíacas, sifilíticas, palúdicas, á la cirrosis hipertrófica de Hanot, en las cuales constituye la regla el aumento de volumen del hígado y la hiperplasia nodular.

En todas estas afecciones, á pesar de la extensión y de la intensidad de la esclerosis, las células hepáticas están relativamente intactas, ó bien se encargan de suplirlas los elementos de nueva formación, lo cual permite al hígado cumplir de un modo suficiente sus funciones durante un tiempo más ó menos prolongado.

Decía con razón Hanot (1): «Consideradas las cirrosis desde el punto de vista anatomo-patológico, el diagnóstico tiene por base la neoformación conjuntiva, y el pronóstico el estado de la célula hepática.»

Mas, hasta el presente, no conocemos sino de un modo bastante vago las condiciones que fortifican ó debilitan la resistencia de la célula hepática. La clínica y la experimentación nos enseñan que los mismos agentes patógenos pueden producir efectos distintos según las circunstancias.

A. Chauffard, en un excelente trabajo, ha estudiado perfectamente este interesante punto de la génesis de las cirrosis y ha demostrado, por medio de ejemplos numerosos, las reacciones variadas que producen en la glándula hepática las diversas infecciones ó intoxicaciones.

A dosis compactas, ciertas substancias tóxicas determinan muy rápidamente la esteatosis de las células, sin provocar la hiperplasia conjuntiva, y ésta no se obtiene sino mediante dosis pequeñas prolongadas durante mucho tiempo, lo cual ocurre, en particular, en los experimentos practicados con el alcohol. Las toxinas diftéricas (H. Claude), piociánicas (Charrin, H. Claude) (2), colibacilares, estreptocóccicas, etc. (H. Claude), han dado bajo este concepto los mismos resultados que el alcohol (Straus y Blocq, Ad. Lafitte, etc.). Hanot y Gilbert (3) han obtenido por medio de la tuberculosis de las aves, esclerosis hepáticas que recuerdan el hígado abollonado *(ficelé)* de los sifilíticos, y por medio de la tuberculosis humana alteraciones celulares (esteatosis, necrosis de coagulación).

Las nociones etiológicas no pueden, pues, proporcionarnos ninguna

(1) Hanot.—Sobre la cirrosis atrófica de marcha aguda (*Arch. gèner. de médecine*, 1882).

(2) H. Claude.—*Les lésions du foie et des reins déterminées par certaines toxines.*

(3) Debove y Courtois-Suffit.—Hemorragias gastrc-intestinales de la cirrosis. (*Soc. méd. des Hóp.*).

indicación seria para el pronóstico, pues ni aun el conocimiento preciso del agente vulnerante nos da más que datos incompletos acerca del modo de obrar y de la extensión de los desórdenes que ha producido.

Las modificaciones del terreno no son menos importantes que las del elemento patógeno. En el feto, la sífilis invade el hígado, determinando una hepatitis difusa muy grave, en la cual se interesan á la vez las células glandulares y el tejido conjuntivo. En el adulto, provoca más bien lesiones esclerogomosas, de marcha lenta, y muchas veces curables. La tuberculosis, la diabetes, disminuyen sensiblemente la resistencia de las células y facilitan su degeneración grasienta y su infiltración pigmentaria; las cirrosis que se desarrollan en estos casos son mucho menos aptas para la curación.

El estado de la glándula hepática no lo es absolutamente todo en las cirrosis. Las lesiones esclerosas tienen bajo su dependencia una serie de síntomas y de complicaciones, que desempeñan importante papel en la evolución de la enfermedad. El estancamiento venoso, que existe en todo el sistema porta y en sus dependencias, expone á hemorragias graves y hasta mortales. La peritonitis perihepática, que comprime y estrangula ciertas partes glandulares poco modificadas, las alteraciones difusas del peritoneo, que pueden repercutir sobre las ramas de origen de las venas mesentéricas, se convierten en causa de nuevos trastornos circulatorios y funcionales. Hasta el sistema nervioso esplácnico viene á ejercer una influencia muy marcada sobre la circulación porta (1).

La manera como repercuten sobre el hígado todos los desórdenes que afectan al estómago y al intestino contribuye también á exagerar las perturbaciones de la glándula hepática. Así es que, no bien estos órganos han vuelto á la normalidad en su funcionalismo, los accidentes disminuyen, el mismo estado del hígado puede mejorar de un modo apreciable, y la desaparición de los síntomas es á veces tan pronunciada que puede aparentar una curación. Finalmente, es preciso tener en cuenta otros accidentes viscerales que coinciden con la cirrosis. El corazón, los riñones han podido quedar interesados al mismo tiempo que el hígado por diversas afecciones ó intoxicaciones, y en este caso toman una parte importante en los síntomas que presentan los enfermos: toda intervención terapéutica que haga desaparecer los desórdenes del aparato circulatorio modificará muy ventajosamente la situación general.

Pero tanto si se trata de las alteraciones celulares del hígado, como de las complicaciones de la esclerosis, es indispensable que se instituya el tratamiento en una época lo más próxima posible al principio de los

(1) Debove y Courtois-Suffit.—*Loc. cit.*

accidentes. Las probabilidades de la curación serán tanto más escasas cuanto más avanzadas sean las lesiones. Por lo mismo es indispensable conocer las causas de las cirrosis para combatir preventivamente sus efectos, y estudiar minuciosamente la semiología de estas enfermedades á fin de poder diagnosticarlas cuanto antes.

C.—CAUSAS Y PATOGENIA DE LAS CIRROSIS

1.° Causas predisponentes

Suele contarse entre las causas predisponentes el sexo masculino y la edad de treinta y cinco á cincuenta años. Pero estas condiciones no tienen más que un valor trivial, no influyen en la producción de las cirrosis sino por cuanto exponen más á las infecciones y á las intoxicaciones, que son los verdaderos agentes del proceso esclerógeno.

Los hombres proporcionan al alcoholismo un contingente mayor que las mujeres, y principalmente á la edad de cuarenta años es cuando hacen sentir sus efectos las diversas influencias diatésicas y tóxicas. Iguales circunstancias se encuentran respecto de la mayoría de las alteraciones distróficas que afectan el organismo.

Más importancia revisten las causas siguientes, cuyo valor ha sido puesto de relieve sobre todo en estos últimos años.

Hanot (1) invoca con razón el artritismo, que favorece la producción de las esclerosis, y secunda por lo mismo poderosamente las diversas influencias esclerógenas que pueden obrar sobre el hígado. Ha hecho mención de dos casos de cirrosis en gotosos. Rendu acepta también que la gota puede ser causa de esclerosis del hígado. ¿Habrá también por ventura que explicar por el artritismo la herencia de la cirrosis en ciertos casos?

Hay que citar, además, como otras tantas *causas predisponentes,* las diversas enfermedades infecciosas, tales como la fiebre tifoidea (2), la viruela, la disentería, el sarampión (3), la escarlatina, el cólera, etc., que han podido interesar el parénquima hepático y crear un *locus minoris resistentiæ,* que prepare la evolución de la cirrosis. Estas causas quedan con tanta mayor frecuencia desconocidas cuanto que no obran

(1) HANOT.—Consideraciones generales sobre la cirrosis alcohólica *(Semaine médicale,* 1893).

(2) A. SIREDEY.— *Des alterations du foie dans les maladies infectieuses (Revue de Médecine,* 1886).—LEGRIS.— *Foie dans la fièvre typhoïde.* Tesis de París, 1890.—BOURDILLON. — *Cirrhose atrophique survenue au déclin d'une fièvre typhoïde (Assoc. Française pour l'avancement des Sciences,* 1891.

(3) LAME y HONORAT.

inmediatamente, pero su efecto puede hacerse sentir durante mucho tiempo. La excelente tesis de Gastou (1) da á este propósito una extensa lista de las enfermedades capaces de interesar el hígado, lo cual demuestra que todas las infecciones agudas ó crónicas pueden, en un momento dado, obrar sobre la célula hepática ó sobre el tejido intersticial.

La tuberculosis, la sífilis, el paludismo merecen sitio aparte, por razón de su importancia; por lo demás, se cuentan entre las *causas determinantes*.

A las infecciones conviene añadir las intoxicaciones, las cuales, si bien no siempre bastan para crear la cirrosis de cuerpo entero, pueden á lo menos predisponer á ella: hanse citado el plomo, el mercurio, el fósforo, el naftol como agentes de esclerosis hepática, pero sólo tienen una importancia muy relativa bajo este punto de vista. Lancereaux (2) ha hecho también mención de verdaderas antracosis del hígado, consecutivas á la ingestión habitual é inconsciente de polvos de carbón.

2.° Causas determinantes

La mayoría de los autores convienen en considerar la intoxicación alcohólica como el origen habitual de la cirrosis. Durante mucho tiempo esta causa ha reasumido en cierto modo toda la etiología de las esclerosis hepáticas. El hígado retracto de Laënnec equivale para los ingleses á su *gin drinker's liver* (hígado de los bebedores de gin).

La clínica y la experimentación han aducido numerosas pruebas en apoyo de este modo de ver. Los fisiólogos han demostrado que el hígado almacena una dosis de alcohol más considerable que la que se encuentra en todas las demás vísceras, y un interrogatorio minucioso de los cirróticos revela la existencia casi constante del alcoholismo en sus antecedentes. Si bien numerosos trabajos, al establecer la influencia esclerosante de diversas infecciones é intoxicaciones, rebajan una parte de la omnipotencia que se atribuía al alcohol hace algunos años, no deja con todo de ser para muchos médicos *el más poderoso y el menos dudoso de los agentes esclerógenos del hígado*.

Sin embargo, Lancereaux rehusa al alcohol la participación preponderante que se le atribuye en la génesis de las cirrosis. Apoyándose en sus investigaciones experimentales y en las de otros anatomo-patólogos, von Kahlden, Ad. Laffitte (3), etc., admite que el alcohol produce tan sólo la degeneración grasienta de las células del hígado, no siendo sino

(1) Gastou.— *Du foie infectieux*. Tesis de París, 1893.
(2) Lancereaux.— *Union Médic.*, 1886.
(3) Ad. Laffitte.— *Intoxication alcoolique expérim.* Tesis de París, 1892.

secundaria y consecutiva á lesiones celulares avanzadas la esclerosis observada en tales casos. La observación clínica parece haberle por otra parte demostrado que la cirrosis no se encuentra sino en los bebedores de vino, sobre lo cual había ya insistido en sus clínicas y en diversas publicaciones.

La indagación de los principios nocivos esclerógenos contenidos en el vino, le ha conducido á acusar á las sales de potasa, y con la inyección de dichas sales en animales ha producido la esclerosis hepática. Aunque la reciente comunicación de Lancereaux (1) á la Academia de Medicina sobre el particular tuvo una gran resonancia, no parece haber convencido á sus contrarios. Algunos autorizados representantes de la higiene y de la patología experimental (Vallin, Laborde) han criticado con mucha razón los experimentos de laboratorio, en los cuales los animales, envenenados por dosis relativamente compactas de alcohol, no se comportan absolutamente como los bebedores de aguardiente. La cirrosis es, por otra parte, más frecuente en Inglaterra, donde florece la industria del gin, que en los países viticultores de Francia. Finalmente, en medio de los confusos é incoherentes datos que proporcionan los enfermos, hácese difícil distinguir los especialistas del vino de los del aguardiente, ó de las esencias, pues los bebedores, por regla general, profesan el más abierto eclecticismo con respecto de las bebidas.

De veinticinco años á esta parte, diversos autores han fijado paso á paso la participación de la *sífilis*, del *paludismo*, de la *intoxicación saturnina*, y más recientemente de las infecciones (2). Y si bien no siempre bastan estas diversas influencias para engendrar aisladamente la esclerosis del hígado, colaboran, no obstante, de un modo muy activo en su producción.

Finalmente, en estos últimos tiempos ha entrado en escena un elemento nuevo, que merece sitio de distinción en la etiología ó en las complicaciones de las cirrosis, la dispepsia gastro-intestinal.

Portal (3) había ya hecho notar, á principios del siglo, que los comilones presentan, por regla general, un hígado voluminoso. Andral (4) preguntábase si ciertas afecciones hepáticas no tenían su punto de partida en el intestino.

Leven (5) ha observado precisamente la congestión y el aumento de volumen del hígado en los dispépticos.

(1) Lancereaux.— *Bullet. Acad. médecine*, Septiembre y Octubre de 1897.
(2) Gastou.— *Du foie infectieux*. Tesis de París, 1893.
(3) Portal.— *Observations sur la nature et le traitement des maladies du foie.*
(4) Andral.— *Clinique médicale.*
(5) Leven.— *Traité des maladies de l'estomac*, 1879.

Poucel (1) fué el primero en hablar de la influencia que sobre el hígado ejercen «ciertos productos alterados de una digestión defectuosa.» Bouchard (2) ha sido quien principalmente ha buscado y demostrado la tumefacción del hígado en los gastro-ectásicos. Le Gendre (3) ha hecho análogas observaciones.

Hayem (4) ha enseñado que las gastritis van acompañadas muchas veces de duodenitis, la cual repercute sobre el hígado por las vías biliares, al mismo tiempo que las toxinas microbianas, los ácidos de la fermentación, y en particular el ácido acético, pasan á la vena porta y van á alterar las células hepáticas. El mismo autor ha observado una correlación bastante frecuente entre la cirrosis hipertrófica y la hiperpepsia, mientras que la cirrosis atrófica coincide más bien con la hipopepsia.

Millon (5) ha estudiado el comienzo de estos congestiones hepáticas desde la infancia en niños mal alimentados ó que digieren mal.

Pero sobre todo por los trabajos de Hanot y de su discípulo Boix ha conquistado la *cirrosis dispéptica* un lugar en la patología del hígado. Boix (6) pudo producir experimentalmente, en animales, cirrosis con hígados gordos, por medio de la ingestión de diversos productos tóxicos: ácido butírico, acético, valeriánico, etc., que se encuentra en el estómago de muchos dispépticos.

De estos trabajos se desprende que las toxinas que existen en el estómago y en el intestino son absorbidas como los demás venenos, penetran en el hígado por la vena porta, provocan el engrosamiento de las paredes de dicha vena y de sus ramificaciones, y al mismo tiempo alteran las células hepáticas, de la propia manera que el alcohol y otras substancias esclerógenas. Estas toxinas pueden reconocer dos orígenes distintos: unas veces proceden de fuera bajo la forma de alimentos más ó menos averiados, tales como pescados, mariscos que hayan sufrido ya un principio de descomposición, carnes manidas, quesos fermentados, etc.; otras veces son autóctonas, y se desarrollan hasta en presencia de alimentos sanos y de buena calidad, bajo la influencia de trastornos variados del estómago ó del intestino.

Las comidas demasiado copiosas, la ingestión de alimentos especiados favorecen la producción de estos fenómenos. El prolongado estanca-

(1) Poucel.— *De l'influence de la congestion chronique du foie dans la genèse des maladies*. Marsella, 1883.
(2) Bouchard. — *Soc. Méd. Hóp.*, 1884.
(3) Le Gendre.— *Soc. Médic. Hop.*, 1892.
(4) Hayem.— *Bullet. Médic.*, 1894.
(5) Millon.—*Thèse de Paris*, 1893.
(6) Boix.—*Foie des dyspeptiques*. Tesis de Paris, 1895.

miento de los alimentos en el estómago, tal cual acontece en los comilones, determina muy pronto el desarrollo de ácidos de fermentación (ácido butírico, acético etc.). Estos ácidos pasan rápidamente al hígado, y al mismo tiempo esta defectuosa alimentación provoca alteraciones del estómago y del intestino muy adecuados para exagerar estos accidentes.

El alcohol ingerido puede obrar á su vez de dos maneras sobre el hígado: *directamente*, por su absorción y por las lesiones vasculares y celulares que de ella resultan; ó *indirectamente*, produciendo modificaciones de la mucosa gástrica, que trastornan la digestión y aumentan notablemente las toxinas destinadas á pasar al hígado, y á reaccionar á su vez sobre los vasos y sobre la célula hepática. Esto explica la acción funesta del vino, aun cuando sea poco alcoholizado, sobre la cual había con razón insistido Lancereaux. En la mayoría de las cirrosis se encuentra esta ingerencia del alcohol y de la autointoxicación de origen digestivo. Efectivamente, hasta en las hepatitis específicas, que corresponden á tipos clínicos bastante distintos, como la cirrosis sifilítica, la cirrosis palúdica, la tuberculosa, la pigmentaria de los diabéticos, es difícil encontrar casos absolutamente puros, en los cuales no haya cabido alguna parte al alcohol y á los trastornos digestivos.

Es útil asimilar estas intoxicaciones de origen gástrico á las numerosas infecciones que, del duodeno, pueden remontar hasta el hígado por el conducto colédoco, siguiendo las vías biliares, las que vienen también á aumentar la participación del intestino en la génesis de las alteraciones hepáticas. El papel del colibacilo y de los diversos microbios del intestino, en la producción de las angiocolitis y de las cirrosis biliares, ha sido por otra parte muy bien estudiado en la tesis de Dupré (1).

Se ve, pues, que distamos mucho hoy día de aquéllas clasificaciones admitidas hace veinte años, en las cuales cada variedad etiológica de esclerosis hepática tenía una base anatómica especial. Actualmente la etiología de las cirrosis es tan complexa como su anatomía patológica. Son el resultado muchas veces de la acción combinada de diversas infecciones ó intoxicaciones que han atacado simultánea ó sucesivamente la glándula hepática.

(1) Dupré —*Les infections biliaires*. Tesis de París, 1891

D. — SEMIOLOGÍA GENERAL DE LA CIRROSIS

NECESIDAD DE UN DIAGNÓSTICO PRECOZ. — PEQUEÑOS SIGNOS DE LA CIRROSIS

En el período de estado, la cirrosis es de fácil diagnóstico y generalmente no se presta ya á error: la existencia de la ascitis, el desarrollo exagerado de las venas subcutáneas abdominales, el aumento de volumen del bazo, el enflaquecimiento del rostro y de las partes superiores del cuerpo, el tinte térreo de la fisonomía, la orina escasa, como de polvo de ladrillo, todos estos síntomas no dejan lugar á duda acerca la existencia de una cirrosis.

Pero en aquel momento la enfermedad está ya muchas veces fuera de los recursos de la terapéutica. Puede lograrse atenuar ó suspender su evolución durante un tiempo mayor ó menor, pero no hay que contar, según hemos visto ya, con una curación definitiva. Así es que se hace indispensable buscar con exquisito cuidado los fenómenos que permitan hacer el diagnóstico, en una época lo más cercana posible en los comienzos, la cual precede algunas veces de diez ó de quince meses á la aparición de la ascitis y de los demás síntomas cardinales de la cirrosis.

En su origen, llaman la atención unos trastornos digestivos de carácter vago, trivial, que parecen imputables al alcoholismo ó bien á dispepsias de causa indeterminada. Trátase las más veces de *pituitas*, mucosas ó biliosas, que sobrevienen por la mañana, de *náuseas* y hasta *vómitos* después de las comidas, *pérdida del apetito, alternativas de constipación y diarrea.*

Pero ya desde aquel momento cabe distinguir algunos de los fenómenos que Hanot (1) ha descrito con el nombre de *«pequeños signos de la cirrosis.»*

Tales son las *comezones* más ó menos persistentes y generalizadas, que sobrevienen sin ictericia, *epistaxis*, *hemorragias gingivales*, *púrpura*, *hemorroides*, *edemas localizados*, *crisis de abundante diarrea*, que aparecen sin motivo. La orina proporciona en dicha época preciosas indicaciones. Por lo general, es escasa y cargada de sales, obsérvase en ella algunas veces desde el origen, la presencia de la *urobilina*, que da al examen espectroscópico una faja grisácea entre el azul y el verde. Esta reacción se hace más clara si se añade á la orina ácida algunas

(1) HANOT.—*Semaine médicale*, 29 Abril 1893.

gotas de una solución yodo-yodurada (Hayem) (1). Puédese observar igualmente la *glucosuria alimenticia*, es decir, el paso del azúcar á la orina cuando el enfermo ha ingerido cierta cantidad del mismo, pero este fenómeno dista mucho de ser tan frecuente como la urobilinuria. La *disminución de la urea*, la *peptonuria* pertenecen igualmente á este período.

Frecuentemente se observa un tinte térreo de la cara, algunas veces la ictericia hemafeica de Gubler y hasta más raras veces la ictericia verdadera, con decoloración de las materias fecales. Estos trastornos en la coloración de la piel son debidos á la reabsorción de diversas substancias pigmentarias de la bilis incompletamente elaboradas. Van acompañadas de constipación, de meteorismo, de fenómenos de fermentación intestinal y de tumefacción dolorosa del hígado.

Existen algunas veces en este período dolores bastante vivos á nivel de los hipocondrios y que están en relación con pequeños brotes de peritonitis, alrededor del bazo y del hígado. En ciertos casos, estos dolores son tales que el enfermo no puede soportar la constricción de los vestidos en la cintura.

Si cada uno de estos pequeños signos observado aisladamente no tiene gran significación, adquieren, por su persistencia y por su reunión, tal valor semiológico, que permite hacer precozmente el diagnóstico de la cirrosis é instituir á buen tiempo un tratamiento.

II

Tratamiento de la cirrosis en general

A.—PROFILAXIA

Las nociones etiológicas que preceden demuestran el papel preponderante que desempeñan las intoxicaciones alcohólicas y las dispepsias en la producción de las esclerosis del hígado. Esta consideración debe ser la dominante en la profilaxia de las cirrosis: por lo demás ella conduce á la estricta observancia de las leyes fundamentales de la higiene alimenticia. Las bebidas alcohólicas, nocivas en cualquier forma que se presenten, son más particularmente peligrosas cuando se toman en ayunas. Es, pues, de una importancia capital la proscripción de los aperitivos; el aguardiente, hasta después de las comidas, es siempre nocivo, puesto que introduce el veneno en el estómago bajo una forma concentrada. El vino dista mucho de ser inofensivo: tomado en exceso, conduce al alcoholismo,

(1) HAYEM.— *Bullet. Soc. Méd. Hopitaux*, 1888 (?)

y con mayor frecuencia á accidentes dispépticos no menos temibles para el hígado.

Hay que poner en guardia, principalmente contra el abuso de las bebidas alcohólicas, á aquellos individuos que están expuestos á la infección palúdica por la permanencia más ó menos prolongada en ciertas regiones insalubres, á los sifilíticos, á los obreros expuestos á la intoxicación saturnina, á los diabéticos, etc.

La noción de las cirrosis dispépticas implica la necesidad de vigilar el hígado de los artríticos, de los comilones, de los de digestiones lentas y difíciles, y de imponerles un régimen severo, si en ellas se nota la menor tendencia á la congestión del hígado ó á los trastornos de la uropoyesis. Es preciso prohibir más particularmente á los individuos de esta categoría el uso del alcohol, del cual tienen harta tendencia á abusar, bajo el pretexto de estimular su estómago perezoso.

Habrá que vigilar con cuidado el hígado en el decurso de las enfermedades infecciosas, y en el período de convalecencia. Si está aumentado de volumen, si la orina contiene urobilina, se aconsejará el empleo del *régimen lácteo*. Hay que recurrir á *enemas* diarios de agua hervida ó á ligeros *purgantes salinos* para mantener suelto el vientre. No se permitirá el uso de los alimentos sólidos sino de una manera progresiva, cuando la tumefacción del hígado y la urobilinuria hayan desaparecido y cuando la orina haya vuelto á adquirir su curso normal.

Las aguas de *Chatel-Guyon*, de *Royat* (1), de *Vichy* (2) están indicadas en los artríticos, que parecen amenazados de accidentes hepáticos. Para los convalecientes de enfermedades infecciosas que hayan presentado signos de alteración del hígado, serán también muy ventajosas las aguas de *Pougues*, las de *Contrexéville*, *Vittel* y *Évian* (3), pues favorecen la diuresis.

La *hidroterapia* regular, metódica, puede prestar positivos servicios tonificando el sistema nervioso y estimulando los cambios nutritivos.

B. — PERÍODO PREASCÍTICO

La curabilidad de la cirrosis depende en gran parte de la precocidad y del rigor del tratamiento. Tan pronto como aparecen los «*pequeños*

(1) Alcalinas y clorurado-sódicas ligeras, tienen lejano parecido con las de Solares y Puente del Viezgo en España.—(N. del T.).

(2) Equivalentes españolas: Belascoain, Vichy catalán, Sobrón y Soportilla, etc.—(N. del T.).

(3) En España podrían cumplir objetos parecidos las de San Adrián de León, Solares, y Valle de Ribas.—(N. del T.).

signos de la cirrosis,» sobre los cuales Hanot llamó tan justamente la atención, el hígado está ya gravemente comprometido, y no hay que perder un instante, si se quiere detener su decadencia.

El tratamiento comprende dos partes: la higiene, á la cual pertenece el papel más importante, y la terapéutica propiamente dicha.

1.° Tratamiento higiénico

A. — RÉGIMEN ALIMENTICIO

Ante todo, *es preciso proscribir en absoluto el uso del alcohol y de los preparados alcohólicos tan variados, aunque fuesen de origen medicamentoso.* Uno experimenta verdadero asombro, según hace notar Millard, cuando ve á cirróticos tomar varias veces al día vinos tónicos ó diuréticos, tinturas, pociones estimulantes á base de coñac ó de éter.

Hay que suprimir, no sólo los manjares cargados de especias, las salsas, sí que también de un modo general todos los alimentos sólidos que dejan residuos más ó menos abundantes en el estómago y en el intestino y facilitan la autointoxicación. El caldo, por las grasas que contiene, es de difícil digestión, y puede ser nocivo por las sales de potasa y por las numerosas substancias orgánicas fácilmente alterables que entran en su composición.

El alimento de elección, que al mismo tiempo es el mejor de los medicamentos, por su acción diurética, es la *leche*.

Hay que imponer el *régimen láctico absoluto, exclusivo*, de un modo formal y principalmente al principio del tratamiento. Es preciso, en la medida de lo posible, fijar la dosis diaria en 3 ó 4 litros para asegurar una alimentación suficiente y compatible con cierta actividad.

Muchas veces es difícil hacerla aceptar á los enfermos, y sobre todo á los candidatos á la cirrosis, á quienes alejan pronto de esta bebida saludable sus hábitos de alcoholismo. Pero, con un poco de firmeza y algunos tanteos, se llega siempre á conseguir la tolerancia del régimen lácteo, aunque sea necesario, á ejemplo de Chrestien, de Montpellier, repetir á los enfermos: *la leche ó la muerte.*

La cantidad necesaria para la alimentación de un adulto es de 3 ó 4 litros al día. Habría algún inconveniente en rebasar esta dosis, pues se expondría al enfermo á la dilatación de estómago, con estancamiento de los líquidos y fermentaciones secundarias, lo cual á su vez tendría sobre el hígado una influencia deplorable. Si se rebaja de 3 litros, el enflaquecimiento, la debilidad proporcionará á los enfermos nuevos pretextos para abandonar un régimen que en general les es desagradable.

Excepción hecha de algunos individuos privilegiados, es raro que al principio se pueda hacer soportar á los enfermos tal cantidad de leche. Así es que vale más comenzar por 1 litro ó litro y medio é ir aumentando cada día, de 300 á 500 gramos, para llegar progresivamente á la dosis máxima.

Esta leche se puede ingerir de varias maneras: ó bien á dosis fuertes de medio litro, tomadas á intervalos de tres horas ó tres y media poco más ó menos, y bebida á pequeños sorbos, en quince ó veinte minutos, ó bien á tazas de 250 á 300 gramos, administrados cada dos horas. Será bueno habituar al enfermo á lavarse la boca con agua de Vichy después de cada toma, para evitar la permanencia en la cavidad bucal de pequeñas porciones de leche, que sufren rápida fermentación y contribuyen por lo mismo á aumentar el disgusto.

Hase discutido durante mucho tiempo las ventajas de la leche cruda y de la leche hervida. La ebullición, si es suficientemente prolongada (unos veinte minutos), destruye todos los gérmenes contenidos en la leche y sólo deja intactos algunos esporos sin importancia. Así da una seguridad casi completa respecto de los microbios patógenos, y en particular del bacilo de Koch y del bacilo tifoideo de Eberth, que con frecuencia se encuentra en la leche. Pero la composición de la leche hervida resulta ligeramente cambiada: los elementos nitrogenados están en ella en proporción menor, y sobre todo su sabor se ha modificado profundamente, lo cual la hace más desagradable para muchas personas.

La leche cruda tiene un sabor más franco, más agradable, al cual uno se acostumbra más fácilmente, pero puede exponer á diversos contagios, transportando al hombre la tuberculosis, tan frecuente en los bóvidos, ó ciertos organismos patógenos de la fiebre tifoidea, de la escarlatina, etc., de que ha podido contaminarse en los vasos que han servido para su transporte.

La leche esterilizada debería tener todas las ventajas de la leche hervida, conservando el sabor y la digestibilidad de la leche fresca. La mayoría de los enfermos la toleran bien y su empleo hace cesar muchas veces las crisis de diarrea ó de vómitos, tanto en el adulto como en los niños. Pero no siempre sucede así, sino que hay personas que sienten todavía más fácilmente repugnancia por la leche esterilizada que por la leche fresca ó hervida.

Es preciso, pues, prescribir la leche esterilizada preferentemente á la leche cruda ó hervida. Pero, en la práctica, principalmente cuando se trata de adultos, como ocurre regularmente en la cirrosis, hácese preciso dejar que el enfermo tome la leche que le siente mejor, y no deja de ser

útil á veces cambiarla, para romper la monotonía del régimen. Algunos días de leche hervida permiten volver con menos repugnancia á la leche cruda ó esterilizada y recíprocamente. El disgusto absoluto por la leche, al privar al enfermo del tratamiento que le es indispensable, crearía un peligro más inmediato que la amenaza de una infección problemática.

La temperatura de la leche ya no tiene tanta importancia, mas, si bien es fácil ceder acerca de este punto á los caprichos individuales, á lo menos por lo que se refiere á la leche cruda y á la leche esterilizada, que sin inconveniente pueden temperarse al fuego ó al baño maría; en cambio la leche hervida adquiere un sabor cada vez más desagradable cuando se la quiere recalentar.

El uso de la leche provoca con bastante frecuencia constipación. A veces, y sobre todo al principio, puede dar lugar á diarrea. En este caso, hay que disminuir las dosis y no administrarla sino á pequeñas tomas. Puede añadírsele un poco de *agua de cal* ó de agua de *Vichy*, y hasta pequeñas dosis de *bismuto* ó de *creta*. La diarrea es debida muchas veces á que la leche es demasiado rica en manteca y es fácil desnatarla. En ciertos casos, la diarrea puede imputarse á una alimentación defectuosa de las vacas que proporcionan la leche, pero es difícil hacer indagaciones sobre el particular á lo menos en París.

Así, cuando un enfermo siente disgusto por la leche que usa, ó presenta fenómenos de intolerancia gástrica ó intestinal, deberá ensayar la leche de otra procedencia.

Algunas veces se puede suplir la leche de vaca por leche de cabra ó de burra, que tienen por el momento el atractivo de una variación.

Las leches fermentadas, como el *kephir*, el *kumis*, ya no están tan claramente indicadas aquí, como en la afección de las vías digestivas. Sin embargo, pueden constituir un recurso precioso para los enfermos en los cuales la repugnancia por la leche hiciese imposible la observancia del régimen.

La leche concentrada, las leches peptonizadas ó diastasadas no deben emplearse sino cuando se han agotado todos los demás medios. Aunque inferiores dentro del género á la leche natural, pueden con todo reemplazarla, hasta cierto punto, permitiendo de esta suerte alejar el peligro de otra alimentación.

La interdicción absoluta del alcohol en los cirróticos, no permite elegir entre muchos medios destinados á disfrazar el sabor soso y monótono de la leche. Puede añadirse una pequeña cantidad de café ó de té, algunas gotas de *agua de azahar*, un poco de *vainilla*, pero hay que evitar

hasta á dosis mínimas los licores alcohólicos, cuyo uso prolongado resultaría peligroso.

Finalmente, cuando el enfermo se cansa realmente de la leche y presenta manifiestos síntomas de repugnancia, no es malo dejarle descansar tres ó cuatro días para evitar una intolerancia absoluta.

En este intervalo, se darán algunos caldos ó sopas magras ligeras, á base de leche ó de legumbres, yemas de huevo diluídas en leche ó en agua *(laits de poule)*, cremas cocidas ó heladas, haciendo tomar cada día de 50 á 100 gramos de *lactosa* en agua de *Evian* (1), á fin de mantener en la medida de lo posible la diuresis. Estos medios, seguramente muy inferiores á la leche, permiten ganar tiempo y devolver la tolerancia al estómago.

Es imposible limitar la duración que debe asignarse á la cura de leche. Depende esencialmente del estado del enfermo, de los resultados que dé el tratamiento, y de la manera como aquél lo soporte.

En un principio, hay que sostenerlo el mayor tiempo posible, pero es preciso contar con ciertos inconvenientes que no permiten prolongar su uso de un modo indefinido. El régimen lácteo á la dosis mínima de 3 litros al día, proporciona á los enfermos una cantidad suficiente y hasta un ligero exceso de substancias albuminoideas, un exceso más marcado de grasa, pero el contingente de hidrocarburos que representa es insuficiente. Así es que, según hace notar A. Mathieu (2), esta alimentación no es realmente suficiente, sino para las personas sometidas al reposo absoluto y aun sólo de un modo transitorio. Para las personas sanas, por poco activa que lleven la vida, constituye un régimen demacrante y que no tarda en debilitarlas. Los enfermos y sus familias se alarman vivamente por este enflaquecimiento y por la debilidad que le acompaña, aunque estos fenómenos vengan compensados por la rápida desaparición, ó cuando menos por la disminución de los trastornos abdominales que existían al principio. Hay que luchar, por decirlo así, diariamente contra las imperiosas reclamaciones de los enfermos y de los que los rodean. Así que los accidentes abdominales se han atenuado de un modo sensible, y el hígado ha recobrado poco más ó menos su volumen normal, y los dolores abdominales han desaparecido ó disminuído de una manera muy notable; y así que la orina se ha vuelto abundante y límpida, puédese mitigar el régimen añadiendo al principio una ó dos sopas ligeras de leche y luego un huevo pasado por agua. Si estos alimentos son bien tolerados, es decir, si no

(1) En España la del Valle de Ribas.—(N. del T.).

(2) Albert Mathieu.—*Le régime alimentaire dans le traitement des dyspepsies*. Paris, 1894.

determinan ni congestión del hígado ni modificaciones en la orina, puédense aumentar paulatinamente, permitiendo el uso de legumbres y de frutas cocidas, de pequeñas tortas secas, de cremas cocidas, de sopas de legumbres.

Este régimen mixto generalmente es bien tolerado, y permite prolongar mucho tiempo la cura de leche.

Se reglamentará la alimentación de modo que el enfermo se vaya aproximando al régimen común de la familia.

Por la mañana, de 400 á 500 gramos de leche con un poco de café ó de té, ó *más raras veces* con una muy pequeña cantidad de chocolate.

Á mediodía, sopa de leche, huevos ó legumbres cocidas, frutas cocidas.

Por la tarde, á la comida, sopa de leche, huevos ó legumbres, queso fresco, crema cocida ó helada.

Puédese añadir tres tazas de leche de 250 á 300 gramos entre el desayuno y el almuerzo, entre el almuerzo y la comida, y al acostarse ó durante la noche.

Los huevos deben tomarse preferentemente pasados por agua, las legumbres deben ser preparadas con muy pequeña cantidad de manteca y muy poco condimentadas. Se autorizará el uso de los feculentos en puré: habichuelas, lentejas, guisantes, etc. Las patatas se tomarán en puré, ó bien cocidas al rescoldo, ó á la inglesa. Pero debe darse la preferencia á las legumbres verdes cocidas; achicorias, lechugas, zanahorias, nabos, espinacas, y salsifís, cardos, alcachofas, habichuelas verdes, etc., variando así las listas de la comida, á fin de evitar la saciedad.

El pan sólo se permitirá en muy pequeña cantidad, escogiéndose preferentemente el pan tostado ó la galleta.

Más adelante, cuando la mejoría se acentúe de un modo franco, se permitirá un poco de carne en la comida de mediodía, comenzando por carnes blancas y carnes gelatinosas bien cocidas (sesos, pies, molleja ó cabeza de ternera, pollo, etc.), con exclusión de la caza, del pescado y de los moluscos. Como bebida, á falta de leche, se puede recurrir á las aguas débilmente mineralizadas (*Evian*, *Alet*, *Vittel*, *Contrexéville*) (1), evitando las aguas gaseosas que contribuyen á dilatar el estómago.

La vuelta á la alimentación común sólo se autorizará cuando haya desaparecido todo accidente; y aún hay que recomendar á los enfermos que eviten las comidas abundantes, principalmente por la tarde, y que se atengan rigurosamente al uso del agua.

(1) En España las de Valle de Ribas, Solares.—(N. del T.).

B. — HIGIENE DEL INTESTINO

La vigilancia del intestino no tiene menos importancia que la del estómago. Efectivamente, es sabido que las infecciones intestinales pueden desempeñar un papel considerable en las cirrosis, ya contribuyendo á su producción, ya agravándolas, á título de complicaciones.

Desde el comienzo del tratamiento, hay que asegurar la regularidad de las evacuaciones intestinales y procurar realizar la antisepsia intestinal.

Ambos resultados pueden obtenerse por el mismo medio, pues nada es más propio para atenuar la putridez del contenido del intestino que el impedir que las materias fecales permanezcan en él demasiado tiempo. Una de las principales ventajas del régimen lácteo consiste, por lo demás, en reducir al mínimum la cantidad de toxinas, y en prevenir en alto grado las fermentaciones intestinales, según han demostrado Charrin y Roger.

De mucho tiempo se recurre ya á los *enemas fríos* en diversas afecciones del hígado. Facilitan éstos las evacuaciones alvinas y parecen aumentar sensiblemente la secreción de la bilis, sin duda estimulando su excreción por las contracciones peristálticas del intestino que provocan. Dujardin-Beaumetz recomienda muy particularmente su empleo metódico en las congestiones del hígado y en los períodos iniciales de la cirrosis. Prefiere á los enemas simples la *enteroclisis* intestinal, según el método de Cantani, sirviéndose del irrigador de Esmarch ó de un tubo de Faucher. Introdúcese el tubo de 12 á 15 centímetros en el intestino, y se hace pasar á lo menos 1 litro de agua hervida con adición de 20 centigramos de *naftol*. Se procurará retirar la cánula para dejar que el enfermo expulse por sí solo el enema. Este lavado del intestino debe repetirse una vez al día, pero será indispensable reiterarlo mañana y tarde en caso de fetidez exagerada de las materias, y si se observan fenómenos de infección intestinal.

Puédese, además, recurrir á laxantes ó purgantes variados. Jendrassik y Germán Sée preconizaban los *calomelanos*, á la dosis de 0^{gr},50 á 0^{gr},80; Bouchard prescribía tan sólo 0^{gr},20 al día. Estos autores lo consideran como un purgante de elección, y al mismo tiempo como un antiséptico del intestino y un diurético.

Hanot aconsejaba el uso sistemático de 1 á 2 centigramos de calomelanos al día, durante 8 ó 10 días seguidos de un reposo de igual duración. Dujardin-Beaumetz se mostraba mucho más reservado con respecto á los calomelanos, cuya influencia tóxica temía, pues en los cirróticos la apa-

rición de una estomatitis mercurial viene á crear una funesta complicación. Prefería el uso de la *evonimina*, del *podofilino*, y otros laxantes suaves. Millard aconseja los drásticos y en particular la *escamonea*, repetida cada semana á la dosis de 0gr,60 á 1 gramo, principalmente, á decir verdad, en los casos de ascitis. Los *purgantes salinos*, los *oleosos* no son tan convenientes como en las afecciones del tubo digestivo.

Aparte de estos medios, hase recomendado el uso de medicamentos especiales para realizar la antisepsia intestinal. Los trabajos de Bouchard y de Le Gendre han vulgarizado de mucho tiempo acá diversos preparados de naftol y de ácido salicílico *(naftol, benzonaftol, salol, betol, salicilato de bismuto, salicilato de magnesia,* etc.). Dujardin-Beaumetz aconsejaba usarlos, Hayem teme con razón su acción irritante sobre el estómago y el intestino, y los hace responsables de numerosos trastornos digestivos. Estos medicamentos pueden además en individuos que adolezcan de eliminación defectuosa, provocar manifestaciones cutáneas (eritemas papulosos, eritemas escarlatiniformes). El salol es sospechoso de un modo especial respecto del particular, sin contar la acción que ejerce sobre los riñones (orina negra procedente de una verdadera intoxicación fenicada).

Puédese recurrir con ventaja á estas substancias, sobre todo cuando existe diarrea fétida ú otros signos de infección intestinal; pero hay que usar de ellos con medida, y vigilar los inconvenientes á que pueden dar lugar y que constituyen contraindicaciones de su empleo. El polvo de *carbón* asociado ó no al naftol, constituye, por lo demás, un antiséptico suficiente y perfectamente inofensivo.

ANTISEPSIA INTESTINAL

Calomelanos. . . . . 0 gr. 40 á 0 gr. 60
En dos dosis. Para tomar tres días seguidos. (Germán Sée).

Calomelanos.. . . . . 0 gr. 80
En cuatro dosis (obleas ó papeletas 0 gr. 20), para tomar dos días seguidos. (Jendrassik).

Calomelanos.. . . . . 0 gr. 20.
Para tomar tres ó cuatro días seguidos en una sola dosis. (Bouchard).

Calomelanos.. . . . . 0 gr. 10
Polvos de digital. . . . . 0 gr. 05
Para una oblea. Repítese cada tres horas. (Schaross).

Calomelanos.. . . . . 0 gr. 01
Para una papeleta que se tomará en un poco de agua por la mañana.
Tómese durante ocho días. (Hanot).

Salicilato de bismuto.. . . . . } aa. 10 gramos.
Magnesia calcinada.. . . . . }
Bicarbonato de sosa.. . . . . }
Divídase en treinta obleas. Tres ó cuatro al día. (Dujardin-Beaumetz).

Naftol β. . . . . 15 gramos
Salicilato de bismuto. . . . . 7 gr. 50
Divídase en treinta sellos; tres al día. (BOUCHARD).

Benzonaftol. . . . . } aa. 10 gramos
Salol. . . . . }
Bicarbonato de sosa. . . . . }
Divídase en treinta sellos. Tres ó cuatro al día. (DUJARDIN-BEAUMETZ).

Benzonaftol. . . . . } 0 gr. 25
Carbón de álamo. . . . . }
Para una oblea.—De tres á cuatro al día.

Carbón de álamo. . . . . 25 gramos
Una cucharada de café en un poco de agua, al terminar cada comida.

Enema antiséptico:

Naftol β. . . . . 0 gr. 20
Agua hervida. . . . . 1 litro
Para un enema.

C. — TRATAMIENTO HIGIÉNICO GENERAL

No conviene despreciar los cuidados de higiene general y en particular todo lo que pueda estimular la piel y realzar todo el sistema nervioso. Se harán *fricciones* secas ó aromáticas cada día por todo el cuerpo.

La *hidroterapia* presta asimismo grandes servicios. En sentir de Lancereaux y Dujardin-Beaumetz, forma parte esencial del tratamiento. Puede aplicarse en todas sus formas, duchas frías, á chorro ó en círculo, duchas escocesas, etc. Pero precisa sea bien dirigida y practicada por una mano ejercitada. Ciertas duchas, demasiado violentas, aumentan la congestión del hígado en lugar de disminuirla. Podrían además provocar violentas reacciones por parte del peritoneo, que generalmente está alterado.

A falta de las duchas, puédense ensayar otros modos de hidroterapia (sábana mojada, envoltura húmeda, lociones frías, etc.). Todos estos medios obran sobre la circulación por el intermedio del sistema nervioso y son á propósito para facilitar la diuresis.

Una estación de aguas puede ser de gran utilidad al principio de la cirrosis, en el período preascítico, principalmente en los artríticos, de estado general todavía bien conservado, pero hay que guardarse de enviar á las aguas á enfermos debilitados, prematuramente caquécticos, en los cuales la fatiga del tratamiento lo único que haría sería provocar una agravación.

A los artríticos obesos y comilones convienen principalmente las

aguas ligeramente laxantes de *Châtel Guyón* ó de *Brides* (1), las alcalinas de *Vichy*, de *Pougues* ó de *Vals* (2). Los artríticos gotosos hallarán generalmente ventajas en las de *Contrexéville*, *Vittel* ó *Evian* (3). Ciertos autores aconsejan igualmente para estos enfermos las aguas litinadas de *Santenay* ó de *Royat;* Dujardin-Beaumetz prefería las de base de cal ó de sosa á las aguas litinadas.

Hay que proscribir las aguas sulfurosas por razón de las violentas reacciones congestivas que pueden provocar.

Por lo demás, sea cual fuere el manantial escogido, los enfermos tienen necesidad de vigilancia y de dirección. Sería peligroso dejarles beber á su gusto.

No es absolutamente necesario imponer un reposo absoluto, á menos de una congestión intensa, que determine dolores vivos á nivel del hígado ó del bazo ó bien brotes peritoníticos poco compatibles con el movimiento. Pero, fuera de estas complicaciones, será más bien favorable un ejercicio moderado. Es preciso evitar la bipedestación, la marcha prolongada, y sobre todo las excursiones largas en carruaje, que provocan muchas veces por parte del hígado una trepidación dolorosa, capaz de exagerar los fenómenos de congestión y de peritonitis.

Han de permitirse únicamente limitados trabajos intelectuales, pues toda fatiga de este género puede repercutir, lo mismo que la fatiga física, sobre el sistema nervioso y por consiguiente sobre la circulación hepática. Este trabajo sería perjudicial, sobre todo después de las comidas, si trastornaba las digestiones. Estos enfermos, por lo general, pueden conservar ó poco menos su actividad habitual, siendo ésta la razón por la cual raras veces consultan al médico antes de la fase ascítica.

2.° Tratamiento farmacológico

Por lo que antecede se ve que los medicamentos propiamente dichos no desempeñan un gran papel en el tratamiento de las cirrosis. Es que no existe actualmente ninguna substancia que tenga una acción real sobre la esclerosis y sobre las degeneraciones celulares que la acompañan.

A.—El *yoduro de potasio*, frecuentemente empleado en todas las esclerosis, ha sido preconizado con mucha razón contra las alteraciones sifilíticas del hígado. Lancereaux (4) lo ha considerado como el medica-

(1) En España las de Puente del Viezgo, Arnedillo, Fitero viejo.—(N. del T.).

(2) O las españolas de Beloscoain, Vichy catalán, Sobrón y Soportillo, San Adrián de León.—(N. del T.).

(3) Con éstas tienen lejano parecido las de Solares y Valle de Ribas.—(N. del T.).

(4) LANCEREAUX.—*Bullet. Acad. Médec.*, 1887.

mento de la cirrosis alcohólica, creyendo que podría facilitar la reabsorción de los elementos embrionarios, que aparecen en los comienzos del trabajo esclerógeno, y que atajaría hasta cierto punto la formación del tejido fibroso en el hígado. La mayoría de los autores ponen en duda la eficacia del yoduro de potasio. Hanse publicado numerosos casos de curación, en los cuales el yoduro no había sido empleado, y generalmente se concede la preferencia al tratamiento higiénico ayudado de los diuréticos.

Sin embargo, si el yoduro de potasio es impotente para hacer desaparecer el tejido fibroso, no es del caso olvidar que puede ejercer una acción vasomotriz muy señalada. Según G. Sée, dilata los vasos, facilita la circulación, excita la nutrición íntima de las células y estimula su funcionalismo. Tal vez fuera del caso tratar menos desdeñosamente este medicamento.

Lancereaux aconseja el yoduro de potasio á la dosis diaria de 2 á 4 gramos, en dos veces, tomado al mismo tiempo que la leche. Semmola recomienda una amplia disolución del medicamento para facilitar su eliminación por el riñón. Prescribe la dosis diaria en un litro de agua, para evitar la intolerancia. Esta precaución no es indispensable cuando se da el yoduro al mismo tiempo que el régimen lácteo.

Muchos médicos prefieren el *yoduro de sodio*.

B.—Los demás medicamentos habitualmente empleados en la cirrosis, no van dirigidos precisamente contra el proceso esclerógeno. Unos se dirigen al riñón, para estimular sus secreciones y activar la eliminación de las substancias tóxicas acumuladas en la economía, y tanto más peligrosas para el organismo cuanto el hígado no desempeña ya regularmente su papel destructor de los venenos; los otros obran sobre el intestino para facilitar las evacuaciones y disminuir de esta suerte la congestión del sistema porta.

Es ya antigua, según hace notar Willemin en su tesis, la observación de que la congestión del hígado ó la ascitis desaparecen á veces á favor de una crisis intestinal ó urinaria. La evolución natural de la enfermedad parecía de esta suerte proporcionar una indicación para el tratamiento. Pero si bien el empleo de los purgantes y de los diuréticos parece racional en la terapéutica de las cirrosis, es preciso convenir en que se ha abusado de ellos en gran manera.

Y dista mucho de ser indiferente el debilitar por medio de violentas y repetidas acciones purgativas á unos enfermos, cuyas fuerzas ya tienen demasiada tendencia á declinar; como tampoco lo es el causar los riñones por una hipersecreción artificial, cuando su funcionalismo resulta más indispensable que nunca para mantener en equilibrio el organismo.

Procúrese enhorabuena facilitar las eliminaciones, pero es inútil tratar de exagerarlas sin provecho para el enfermo.

Así los mejores diuréticos son aquellos que sólo ejercen una acción mecánica: la *leche*, las *tisanas*, que, rápidamente absorbidas por las vías digestivas, pasan al aparato circulatorio, y aumentan la presión vascular, son eliminados prontamente por los riñones.

Las infusiones de *pedúnculos de cerezas*, de *gayuba*, de *grama*, de *estigmas de maíz*, gozan de gran favor entre el público, y nada nos obliga á desacreditarlos. Bien que la química y la fisiología no nos han informado todavía suficientemente acerca la naturaleza y el modo de obrar de las substancias que estas infusiones toman del reino vegetal, sabemos, no obstante, que contienen agua hervida, y que esta agua, absorbida por el organismo, constituye uno de los principales elementos de la secreción urinaria.

Puédense prescribir, siguiendo el mismo orden de ideas, las aguas minerales de fácil digestión, como las de *Evian*, de *Vittel*, de *Contrexéville* ó de *Alet* (1) ó bien las aguas que contienen débil cantidad de bicarbonato de sosa, como las de *Giesshübler* (2). Pero tanto las aguas como las tisanas nunca deben rebasar los límites de la tolerancia gástrica. Su abuso, al provocar la dilatación del estómago y trastornos digestivos secundarios, no daría otro resultado que influir desfavorablemente sobre el hígado.

Por esta misma susceptibilidad del estómago, tan frecuente en los cirróticos, tampoco deben ensayarse sino de vez en cuando y sin prolongar su uso, las limonadas y demás preparaciones acídulas, á pesar de sus propiedades diuréticas.

Es común añadir á las bebidas diversos preparados destinados á excitar la secreción renal: el *nitrato*, y el *acetato potásicos*, á la dosis de 2 á 4 gramos al día, el *benzoato de sosa* de $0^{gr},50$ á 2 gramos.

Uno de los mejores diuréticos es la *lactosa*, de la cual pueden prescribirse de 50 á 150 gramos en las veinticuatro horas. Conviene muy particularmente á los enfermos que no pueden tolerar la leche. Se administrará en las diversas bebidas, indicadas precedentemente, tisanas ó aguas minerales, cuidando de aromatizarlas ligeramente para disfrazar el sabor soso del azúcar de leche.

Lactosa. . . . . de 50 á 150 gramos

Disuélvase en 1 litro de agua de Evian (3).

(1) En España las del Valle de Ribas, Solares, ó Alhama de Aragón.—(N. del T.).
(2) Las de Sousa y Caldeliñas (Orense) entre las españolas.—(N. del T.).
(3) O del Valle de Ribas en España.—(N. del T.).

La *glucosa*, que alguna vez ha sido aconsejada como diurético en diversas afecciones renales, podría ofrecer aquí el inconveniente de provocar la glucosuria. Accidente éste que no parece haberse observado á consecuencia del uso de la lactosa.

En Suiza se usan con frecuencia las *curas de uvas* y de *suero* con positivo éxito, y sin acarrear ningún trastorno del género indicado. Verdad es que obran á lo menos tanto sobre el intestino como sobre los riñones y pueden contribuir así eficazmente á descongestionar el sistema porta.

Aparte de las sales de sosa y de potasa y de la lactosa que se añade á las bebidas, prescríbense muchas veces en obleas, en pociones ó en píldoras, diversos medicamentos que estimulan la secreción urinaria, ya obrando directamente sobre los epitelios del riñón, ya aumentando la tensión arterial por medio de su acción sobre el corazón ó sobre los vasos.

La *digital*, la *digitalina*, la *cafeína*, la *esparteína*, el *estrofanto*, la *estrofantina*, la *convallaria majalis*, la *ergotina*, etc., fácilmente determinarían la diuresis, pero su empleo no está realmente indicado sino en el caso en que la cirrosis se complica con edema generalizado y con trastornos de la circulación general relacionados con una afección cardíaca.

La *teobromina* obra más especialmente, según se asegura, sobre los epitelios del riñón, sin aumentar la tensión vascular. En este sentido puede prestar servicios en el momento de los brotes congestivos, que se acompañan alguna vez de anuria. Conviene tanto más cuanto que tiene una acción rápida, y permite disminuir rápidamente las dosis, para renunciar á ella al cabo de tres ó cuatro días una vez obtenido el efecto deseado.

La *diuretina* asociada al *salicilato de sosa*, constituye un medicamento nuevo, que parece obrar como la teobromina sobre el epitelio renal.

Todas estas substancias pueden tener tan sólo una eficacia momentánea para combatir la anuria y ganar tiempo, pero no es posible prolongar su empleo sin exponer al enfermo á graves inconvenientes. Estas excitaciones forzadas del aparato cardio-vascular y de la glándula renal conducen muy pronto á una especie de agotamiento que, lejos de aumentar las secreciones, las disminuye.

Así prefiérense á ellas generalmente los diuréticos más débiles, y en particular diversos preparados de mercurio.

El más comúnmente empleado son los *calomelanos*, los cuales, en sentir de ciertos autores, constituyen un medicamento de elección, que á la vez obra como diurético, como purgante y como antiséptico del intes-

tino. Hanot lo prescribía bastante sistemáticamente en la cirrosis hipertrófica con ictericia, á la dosis diaria de 1 ó 2 centigramos, durante ocho ó diez días seguidos de un reposo de igual duración, y alternando así durante varios meses.

Recúrrese igualmente al *mercurio* en substancia de $0^{gr},10$ ó $0^{gr},15$ al día *(píldoras azules* del Códex).

Dujardin-Beaumetz rechazaba las preparaciones mercuriales, que pueden ocasionar la estomatitis y otros fenómenos de intoxicación hidrargírica. Hanot insistía también mucho acerca los inconvenientes que ofrece el abuso del mercurio, en cualquier forma que se administre.

El polvo de *escila* obra á la vez sobre el intestino y sobre el riñón. Muy preconizado en otro tiempo, goza nuevamente de favor desde que Lancereaux lo ha puesto otra vez en moda. Puede asociarse á los *calomelanos*, á la *digital*, á la *escamonea*, y componer de esta suerte obleas ó píldoras, á la vez diuréticas y purgantes, cuya administración puede prolongarse por períodos de doce ó quince días, que irán seguidos de un descanso equivalente. Ciertos autores extranjeros preconizan el uso de las *resinas* y particularmente de la *copaiba*. Pero esta última substancia irrita algunas veces harto vivamente los riñones.

El *boldo* ha sido objeto de interesantes estudios por parte de Dujardin-Beaumetz y de Vernes (1). Ha sido empleado sucesivamente en infusión y en tintura; hase extraído del mismo una esencia, que se administra en cápsulas, y un alcaloide, la *boldina*. Pero no parece que este medicamento goce de las propiedades específicas que se le atribuían en un principio.

La *tintura* y la *esencia de boldo* convienen poco á los cirróticos. Su infusión podrá recomendarse con ventaja á título igual que las demás tisanas diuréticas.

A esta lista ya larga conviene añadir la *urea* y el *ácido hipúrico*, cuyas propiedades diuréticas son muy manifiestas. La urea, administrada en pociones ó en inyecciones hipodérmicas, pasa rápidamente á la sangre y contribuye á excitar la secreción urinaria, como lo hace en el organismo fisiológico. Pero experiméntase gran dificultad para encontrar urea pura. Con frecuencia va mezclada con carbonato de amoníaco, substancia eminentemente tóxica.

El *hipurato de cal* ha sido preconizado de un modo muy especial por Dujardin-Beaumetz, quien lo consideraba como un diurético de elección.

(1) Véase el notable artículo publicado por el ilustre profesor de la Universidad de Chile doctor don Adolfo Murillo en el *Criterio católico en las Ciencias médicas* de 1899, pág. 326, donde este autor da del *boldo*, planta de su país, muchas noticias que no suelen hallarse en los manuales de terapéutica.—(N. del T.).

Por lo demás, todas estas substancias diuréticas pueden ir diversamente asociadas, según se verá en las siguientes fórmulas, en las cuales hase procurado reunir varios de los elementos que acabamos de estudiar.

PÍLDORAS DIURÉTICAS

Polvo de escila.		
Polvo de digital.	aa.	0 gr. 05
Resina de escamonea. . . .		

Para una píldora. H. s. a. 30. Tres al día. (LANCEREAUX).

O bien si se quiere asociar á ellos los calomelanos:

Polvo de escila.		
Polvo de digital.	aa.	0 gr. 05
Resina de escamonea. . . .		
Calomelanos.		0 gr. 01

Para una píldora, tómense tres al día.— Háganse veinte.

Cuando existe algo de debilidad del corazón, puédese también modificar esta fórmula del modo siguiente:

PÍLDORAS DIURÉTICAS

Polvo de escila.		
Polvo de digital.	aa. . . .	0 gr. 05
Cafeína.		
Resina de escamonea. . . .		

Para una píldora. Tres al día.

BOLOS RESINOSOS DIURÉTICOS

Resina de copaiba.	4 gramos
Polvo de regaliz.	c. s.

Para ocho bolos, para tomar en veinticuatro horas. (GUBLER).

POCIÓN DIURÉTICA

Acido hipúrico.	25 gramos
Lechada de cal.	c. s. para neutralizar.
Jarabe simple.	500 gramos
Alcoholato de cidra.	c. s.

H. s. a. Poción para veinticuatro horas. (POULET, DUJARDIN-BEAUMETZ).

POCIÓN DIURÉTICA

Bayas de enebro. . . . . 10 gramos

hágase infusión en:

Agua hirviendo. . . . . 200 —

filtrese y añádase:

Nitrato potásico.		
Acetato potásico.	aa. . . .	2 gramos
Oximiel de escila...		30 —
Jarabe de las cinco raíces.		35 —

H. s. a. Poción. Para tomar en cuatro ó cinco veces en las veinticuatro horas.

(MILLARD).

C. — *Purgantes.* — Antes de la aparición de la ascitis los purgantes tienen tan sólo dos indicaciones: contribuir á asegurar la antisepsia del intestino, descargándole de las materias que con harta frecuencia se estancan en su cavidad, y disminuir la congestión del sistema porta aumentando las secreciones intestinales.

La primera de estas indicaciones no exige el empleo de purgantes enérgicos. Si los enemas no bastan para dejar vacuo al vientre, puédese recurrir á los numerosos laxantes que convienen á la mayoría de las formas de la astenia intestinal, y cuya elección debe estar muchas veces subordinada á las preferencias individuales.

El empleo de los purgantes salinos va con gran frecuencia seguido de un recrudecimiento de la constipación, mientras que los purgantes vegetales, hasta los más suaves, provocan algunas veces cólicos muy violentos. Ciertas personas no pueden tomar débiles dosis de ruibarbo ó de cáscara sin experimentar vivos dolores. Hay que conformarse con las aptitudes de cada enfermo, tanto más cuanto que ninguno de estos medicamentos puede gloriarse de ejercer sobre el hígado una acción específica absolutamente demostrada.

Las numerosas investigaciones que se han hecho acerca los colagogos no han proporcionado hasta el presente más que conclusiones negativas. Tal substancia, cuya acción parecía demostrada por experimentos decisivos, fracasaba en otros no menos concluyentes. La *evonimina* todavía goza del predicamento que le conquistaron los experimentos de Prévost y Binet, quienes la colocan á la cabeza de los colagogos. Pero Galliard (1) hace observar que el uso de este medicamento durante tres días provocó una suerte de hábito desfavorable. La cantidad de bilis excretada en cinco minutos, que se elevaba el primer día á 92 centigramos, no pasaba ya de 60 al tercer día en las mismas condiciones.

Pueden darse de vez en cuando dosis de *magnesia* ó de *ruibarbo*, en relación con las exigencias individuales, píldoras de *evonimina*, de *cáscara*, de *podofilino*. Estos diversos medios, aislados ó asociados, permiten asegurar las evacuaciones intestinales.

A intervalos más lejanos, de quince en quince días, por ejemplo, cuando el hígado quede tumefacto y doloroso y, lo que es más común, cuando sobrevengan brotes congestivos agudos, se recurrirá á los purgantes.

Los *calomelanos* son también el medicamento de elección en esta circunstancia, y se darán en una ó dos veces de 50 á 80 centigramos de

(1) L. GALLIARD. — *Thérapeutique des maladies du foie.* Biblioteca de Terapéutica médico-quirúrgica, Paris, Doin.

calomelanos ó una dosis menor asociada á una cantidad igual de *escamonea*.

Pero los purgantes drásticos, como la *jalapa*, *escamonea*, *coloquíntida*, *goma-guta*, *áloes*, deben prescribirse con prudencia. Su abuso puede acarrear una hipotensión arterial, que retarda y compromete las secreciones renales. Además, en la mayoría de los cirróticos existe ya un éxtasis bastante pronunciado en las venas mesentéricas; los drásticos provocan, en estas condiciones, brotes hemorroidales que ocasionan vivos dolores, y, en algunos casos, constituyen verdaderas complicaciones. Algunas veces hasta pueden dar lugar á hemorragias intestinales abundantes.

Laxantes:

POLVO LAXANTE

Magnesia calcinada.	aa.. . . .	15 gramos
Crémor tártaro soluble.		
Azufre..		

De una á cuatro cucharadas de café en un poco de agua, una ó dos veces en veinticuatro horas.

(GERMÁN SÉE).

Lo cual puede modificarse como sigue:

POLVO LAXANTE

Magnesia calcinada.	aa.. . . .	15 gramos
Crémor tártaro soluble.		
Azufre precipitado.		
Polvo de regaliz.		

Una cucharada mediana ó grande, en un poco de agua, por la mañana.

Folículos de sen (pasados por alcohol) en polvo.	aa.. . . .	6 gramos
Azufre sublimado..		
Hinojo reducido á polvo. . . .	aa.. . . .	3 —
Anís estrellado..		
Crémor tártaro..		2 —
Regaliz.		8 —
Azúcar.		25 —

De dos á tres cucharadas de café al día. (DUJARDIN BEAUMETZ).

Evonimina parda.	0 gr. 05
Polvo de cáscara sagrada.	0 gr. 15
Jabón medicinal.	c. s.

Para una píldora. De una á 3 al día.

Purgantes:

Escamonea.	1 gramo

Repítase una vez por semana. (MILLARD).

OBLEA PURGANTE

Escamonea.	0 gr. 40
Resina de jalapa.	0 gr. 25

Para una oblea.

PÍLDORAS PURGANTES

Resina de jalapa. . . . .)
Goma-guta. . . . .) aa. . . . . 0 gr. 05
Áloes. . . . .)
Jabón medicinal. . . . .)

Para una píldora, una ó dos por la noche al acostarse.
(Evítese esta fórmula cuando existan hemorroides).

PÍLDORAS PURGANTES

Áloes de las Barbadas. . . . .)
Goma-guta. . . . .) aa . . . . 10 gramos
Goma amoníaco. . . . .)
Vinagre blanco. . . . . 5 —

Para píldoras de 0 gr. 20; de tres á seis al día. (Píldoras de BONTIUS).

3.° Tratamiento local

Durante todo este período *preascítico*, en el cual, en suma, dominan los fenómenos de congestión por parte del hígado y del peritoneo, ciertos ensayos de tratamiento local pueden ser de alguna utilidad.

A. — Cuando el hígado es asiento de una congestión intensa, con tumefacción y dolor muy vivo, pueden aplicarse *ventosas secas* y *escarificadas*, en el hipocondrio derecho. Este medio tiene la ventaja de calmar con bastante rapidez el dolor, y puede contribuir á resolver la congestión local. En las crisis menos agudas, se recurrirá á *cataplasmas sinapizadas*, renovadas si es preciso varias veces al día. También dan excelentes resultados las aplicaciones de *compresas húmedas:* las *compresas calientes*, frecuentemente renovadas y cubiertas de tafetán gomado, obran á manera de cataplasmas y tienen sobre éstas la ventaja de la limpieza; calman notablemente el dolor. Las *compresas frías* producen un efecto revulsivo mucho más acentuado. Basta renovarlas cinco ó seis veces en las veinticuatro horas. Se emplean compresas de tarlatana de 12 á 16 dobleces, que se empapan en agua fría á la temperatura de la habitación ó de agua muy caliente, según la manera de aplicación escogida; una vez ligeramente exprimidas se cubre con ellas la región hepática, ó toda la pared anterior del abdomen, según los casos, luego se las cubre herméticamente de tafetán gomado, el cual se sostiene por un vendaje de cuerpo.

Cuando el dolor es muy vivo, puédese antes de aplicar las compresas calientes ó frías, hacer en el vientre una embrocación de *láudano* ó de *aceite clorofórmico*.

Hanse preconizado las fricciones de tintura de escila con la esperanza de que favorecerían la diuresis. Nada demuestra que esta esperanza se haya visto con frecuencia realizada.

B. — *Masaje.* — Se ha intentado alguna vez el masaje con éxito. Parece facilitar la desaparición de la ascitis. Sabido es que el masaje estimula los cambios del organismo y aumenta notablemente la diuresis. Sin duda es éste el modo cómo obra sobre el derrame y favorece su reabsorción. Pero hay que confiarlo á manos expertas, debiéndose vigilar sus efectos.

En efecto, es de temer que las maniobras practicadas sobre el abdomen provoquen brotes de peritonitis, que por lo demás son bastante frecuentes en el curso de la cirrosis independientemente de todo tratamiento.

C. — *Electrización.* — Hase preconizado el empleo de la *electricidad*, sino para tratar la cirrosis, á lo menos para combatir la ascitis. Los ensayos de Solfanelli, Glax, Karpoff, Sigrist y Limberg, Muret (1) parecen haberles dado resultados satisfactorios. Sin embargo, no ha prevalecido este método. ¿Obraría acaso sobre los músculos del abdomen, cuyas contracciones ejercerían una compresión sobre el líquido ascítico? ¿O bien excitaría los plexos nerviosos abdominales y por medio de ellos el sistema vascular?

Tal vez sea lícito esperar resultados más satisfactorios de las *corrientes de alta tensión*, empleadas según el método de d'Arsonval (2), y que tan notable acción ejercen sobre la nutrición y las eliminaciones.

4.° Tratamiento de las complicaciones

Las principales complicaciones del período preascítico, sin tener en cuenta las enfermedades intercurrentes, son debidas á la congestión de las venas tributarias del sistema porta. Consisten en fluxiones hemorroidales más ó menos violentas, en hemorragias intestinales, gástricas, esofágicas, ó bien en epistaxis rebeldes, que sin tener relaciones tan directas con la dificultad de la circulación, dependen de la alteración general de la sangre.

Estas hemorragias son más frecuentes al principio de la cirrosis que en un período avanzado de la enfermedad (Debove y Courtois-Suffit) (3).

A. — Las hemorroides vienen con frecuencia sucesivamente á la administración de un purgante drástico, y en este caso comienzan bruscamente. Después de haber tenido varias deyecciones líquidas, el enfermo experimenta una sensación de ardor en el ano y en el interior del recto.

(1) Muret.—*Revue de Médecine*, 1888.
(2) D'Arsonval.—*Académie des Sciences*, 29 Junio 1876.
(3) Debove y Courtois-Suffit.—*Bullet. Soc. Méd. Hóp.*, 1890.

Esta sensación va acompañada de falsa necesidad de evacuar, de tenesmo, y algunas veces de un dolor vivo y profundo, comparable al que resultaría de la introducción violenta de un cuerpo extraño en el recto.

Sobrevienen luego deyecciones mucosas disenteriformes, estriadas de sangre ó del todo sanguinolentas, y muy pronto aparecen en el ano tumores hemorroidales.

En general, lo que mejor y más rápidamente alivia al enfermo, son los *semicupios* prolongados de agua muy caliente, repetidos 4 ó 5 veces en las veinticuatro horas. A falta de estos baños locales, ó en el intervalo de los mismos, pueden prescribirse *lociones* frecuentes con *agua muy caliente*. Después de los baños y lociones, se procura cubrir la región anal con *compresas húmedas calientes*, ó con cataplasmas, que se cubren á su vez con gutapercha laminada. Ciertos enfermos tienen marcada preferencia por las aplicaciones calientes, que les prolonga la impresión bienhechora del baño de asiento. Otros no pueden soportar las compresas calientes y reclaman á gritos *aplicaciones frías*, que se les puede igualmente conceder bajo la forma de compresas y cataplasmas.

Se añadirán unciones con diversas pomadas calmantes á *base de opio, de belladona ó de cocaína*.

Es preciso evitar atentamente todo esfuerzo y facilitar las evacuaciones por medio de *enemas fríos*, que por otra parte determinan una retracción de las hemorroides internas. Finalmente, tan pronto como disminuye la tensión de los tumorcillos hemorroidales, hay que procurar introducirlos. Estos medios repetidos con persistencia dan prontamente cuenta de los brotes hemorroidales, que, en ciertos casos extremos, pueden exigir una intervención quirúrgica.

B. —Las epistaxis se combatirán con inyecciones de *agua hervida muy caliente*, con aplicaciones locales de *algodón hidrófilo* y *antipirina*, tapones empapados de *agua oxigenada*, por el *taponamiento* si la hemorragia adquiere cierta intensidad, y finalmente por la *cauterización de la mucosa con el termocauterio* ó con el *nitrato de plata* en el punto del desgarro.

Pablo Carnot (1) ha preconizado recientemente un tratamiento tan inofensivo como realmente eficaz, según yo mismo he podido apreciar en varios casos de epistaxis grave. Consiste en aplicaciones locales de *gelatina*, preparadas del modo siguiente:

SOLUCIÓN HEMOSTÁTICA

Cloruro de sodio.	0 gr. 70
Agua destilada.	100 gramos

(1) P. Carnot.—*Presse médicale*, 18 Septiembre, 1897.

Añádese:

Gelatina. . . . . de 5 á 10 gramos

Esterilícese á la estufa sin pasar de 100°.

Como la preparación se solidifícase en frío, hay que liquidarla al baño-maría en el momento de usarla.

Puédese añadir *ácido fénico* en la proporción de 1 por 100 ó de *sublimado* al 1 por 1000.

El modo de usarla es muy sencillo. Después de haber lavado por medio de una inyección la fosa nasal que sangra, se hacen embrocaciones en la cavidad sirviéndose de un pincelito de algodón empapado en la solución de gelatina, luego se introduce en la nariz un tapón igualmente empapado en esta preparación, el cual se deja aplicado.

La misma solución de gelatina sin ácido fénico y sin sublimado, empleada en enemas, es muy útil para detener las hemorragias que dependen de las hemorroides.

C.—*Hemorragias esofágicas* y *gástricas*.—Distínguense unas de otras según que la expulsión de la sangre vaya ó no precedida de esfuerzos de vómito. El médico se encuentra bastante desarmado ante semejantes accidentes. No puede proponer para combatirlos sino la ingestión de pequeños fragmentos de hielo.

Contra las hemorragias gástricas, además de la *ingestión del hielo*, se recomendará la *aplicación de hielo sobre el abdomen* y contra las hemorragias intestinales el *opio*, los *enemas de ratania*, las inyecciones hipodérmicas de *ergotina* ó de *ergotinina*. Puédese asimismo recurrir á la *hamamelina* ó á la *hidrastina*, evitando los preparados alcohólicos de estos medicamentos.

C.—PERÍODO ASCÍTICO

1.° Tratamiento médico

El paso del primero al segundo período de la cirrosis se verifica de una manera casi insensible. Vese aparecer un poco de líquido en las partes declives, y la ascitis aumenta con más ó menos rapidez, al mismo tiempo que disminuyen los dolores que sentían los enfermos hacia el hígado, el bazo ó en diversos otros puntos de la cavidad abdominal.

Durante toda esta fase de crecimiento del derrame, las indicaciones siguen siendo á poca diferencia las mismas que en el período precedente. Pero cuando la ascitis queda francamente constituída, cambia la

situación. La esclerosis ha tomado definitivamente posesión del tejido hepático, dificultando la circulación en las ramas terminales de la vena porta y determinando poco á poco la destrucción de las células del hígado.

¿Es ocasión de redoblar la energía en la aplicación del tratamiento? ¿Es preciso imponer sistemáticamente á todos los enfermos el uso repetido de los purgantes y de los diuréticos, para combatir el desarrollo de la ascitis? ¿Existe, en una palabra, un método de tratamiento aplicable á todos los casos y que sea tanto más eficaz cuanto con más rigor sea aplicado?

Es preciso hacer una distinción: en los enfermos que no han sido todavía tratados, pues es frecuente encontrar cirróticos que se ven por primera vez en este período, es indispensable instituir el régimen lácteo y combinar con él todos los medios propios para estimular las funciones del intestino y de los riñones.

Cuando el enfermo, todavía robusto, tolera bien la dieta láctea, sin que disminuyan sus fuerzas de un modo demasiado sensible, se continuará el tratamiento tanto tiempo como sea posible, hasta después de varias punciones. No conviene olvidar, en efecto, que en pleno período ascítico obtuvieron Troisier, Dujardin-Beaumetz, Semmola, Lancereaux, etc. los éxitos que tan gran resonancia han alcanzado, y estos resultados son de tal naturaleza que deben animarnos á seguir por este camino. Es, pues, del caso proseguir con paciencia y perseverancia el uso de los medios que han sido recomendados en la precirrosis.

Pero no es posible aplicar la misma regla de conducta á los individuos débiles, profundamente debilitados, prematuramente caquécticos, que con frecuencia se observan. Con ellos hay que mostrarse tanto más severo cuanto que han ya sufrido sin éxito la prueba del tratamiento en la fase preascítica. Si la terapéutica ha fracasado desde el principio de la enfermedad, no se tiene ya el derecho de esperar mejor éxito cuando ésta ha hecho notables progresos y cuando el organismo ha cedido ya en la lucha.

Con frecuencia existe harta tendencia á considerar la ascitis como una inundación intraperitoneal, que es fácil hacer desaparecer, abriendo ampliamente las esclusas del lado del riñón y del intestino. En realidad, la cosa es algo más complicada, no se trata ya de simples fenómenos de exosmosis ni de endosmosis. Dista mucho de existir acuerdo con certeza absoluta acerca de las causas y de la patogenia de la ascitis. La dificultad de la circulación intrahepática desempeña seguramente un gran papel en su producción, pero ¿cuál es el que corresponde á las ramas originales de la vena porta? ¿qué participación tiene la peritonitis? Debove y Courtois-Suffit han intentado poner de relieve la influencia de los nervios esplác-

nicos sobre la producción de las hemorragias en las vías digestivas, en el curso de la cirrosis; ¿no tienen acaso estos mismos nervios una gran influencia sobre la génesis de la ascitis y sobre su curación?

Y cuando el derrame tiende á desaparecer, ¿cuál es el mecanismo de su reabsorción? La disminución de presión que se procura obtener en los vasos, y particularmente en el sistema porta, ¿se realiza en efecto y favorece la desaparición del derrame? Lícito es ponerlo en duda, puesto que en general con la medicación purgante sistemática se combina el uso del régimen lácteo y de las bebidas diuréticas, que pasan rápidamente al sistema circulatorio y bastan para acrecer la tensión de la sangre en los vasos. Por otra parte, todo cuanto tendiese á rebajar de un modo sensible la presión sanguínea, contribuiría á disminuir las secreciones renales. Es verosímil que el principal efecto del régimen lácteo consiste en facilitar las eliminaciones, activar los cambios orgánicos, y su influencia será tanto más activa cuanto menos debilitado esté el organismo sobre el cual se ejerza. La debilitación del corazón, de los vasos, del sistema nervioso, contraindica toda terapéutica violenta que, lejos de favorecer su curación, no haría más que agravar el estado del cirrótico.

Hanot ha observado con frecuencia los inconvenientes de un tratamiento demasiado riguroso en este período. Ciertos enfermos, fatigados por la monotonía del régimen, llegan á cobrar horror por la leche. Apenas si se consigue hacerles ingerir un litro ó litro y medio en las veinticuatro horas á costa de luchas muy trabajosas para ellos y para los que les rodean. Algunas veces esta leche es mal digerida, se prolonga su permanencia en el estómago dejando en él productos de fermentación, cuyos efectos se hacen muy pronto sentir sobre el hígado. Si á esto se añaden purgantes repetidos, compréndese que el enfermo llegue rápidamente á la caquexia.

Pasa con los cirróticos lo que con ciertos diabéticos; á un determinado período de su enfermedad, es preciso combatir la caquexia más bien que la afección inicial, y el tratamiento sistemático debe ceder ante el supremo interés del organismo.

Precisa por lo mismo dirigir con prudencia el tratamiento de los cirróticos afectos de ascitis. En los que conservan cierto vigor, que digieren bien la leche, y en aquellos en quienes la cantidad de orina sigue lo suficientemente elevada, puédese seguir el tratamiento con todo su rigorismo.

Pero en aquellos que, más avanzados en la caquexia, no pueden tolerar la leche sino á dosis insuficientes, y á costa de trastornos gástricos ó intestinales, se hace precisa una alimentación más substanciosa,

la que cabe procurársela sin aumentar en un grado peligroso las probabilidades de intoxicación. Con mucha mayor razón se deben evitar á estos enfermos debilitados los laxantes y diuréticos, cuya acción expoliatriz no haría más que aumentar la decadencia de la economía.

La alimentación, en este caso, se compondrá principalmente de sopas de leche y de otros diversos preparados á base también de leche, de panetelas, sopas de legumbres, huevos, legumbres y frutas cocidas, quesos frescos. Podráse igualmente, una vez al día, añadir carne muy cocida y pescados frescos, á condición de evitar las salsas grasas ó especiadas. El pescado deberá ser objeto de una vigilancia especial, por razón de la rapidez con que puede alterarse y aportar entonces toxinas al organismo. Los pescados frescos, de carne fina y blanca, como la merluza, son en general de fácil digestión. Sin permitir el vino se puede recurrir á algunos tónicos como el *café*, el *té*, la *kola*, etc., etc.

Igual principio debe dirigir la administración de los medicamentos: es preciso facilitar las evacuaciones intestinales, continuar los lavados del intestino, pero evitar los purgantes y principalmente los drásticos, cuyo efecto puede ser algunas veces debilitante.

En cuanto á diuréticos, es preferible atenerse á las tisanas, á la *lactosa*, dando de vez en cuando un poco de *cafeína*, de *teobromina*, ó de *esparteína* para despertar la tonicidad del corazón y estimular ligeramente las funciones renales.

Empléanse con ventaja, en este período, las píldoras de Lancereaux, con *escila*, *escamonea*, y *digital*, á las cuales puédese asociar la cafeína ó la esparteína.

Cuando la ascitis ha adquirido cierto desarrollo, es de todo punto inútil recurrir á los revulsivos, los cuales, aun los anodinos, pueden irritar la piel y facilitar la aparición de infecciones locales, linfangitis, abscesos cutáneos, ectimas, forúnculos, etc. Por razón de los trastornos de la circulación, del edema de la pared que viene á complicar con tanta frecuencia la ascitis, las heridas cutáneas del abdomen tienen escasa tendencia á curarse en tales condiciones, y fácilmente se convierten en manantial de complicaciones. Los vejigatorios son al parecer muy particularmente peligrosos, por razón de los accidentes á que podrían dar lugar en la piel, y principalmente por su repercusión sobre los riñones. Los sinapismos, embrocaciones yodadas, las diversas pomadas antiflogísticas ó revulsivas son no sólo inútiles sino perjudiciales.

Existe sólo un tratamiento local eficaz de la ascitis, y es la *punción*.

Los autores no están en absoluto de acuerdo acerca la elección del momento en el cual conviene practicar la paracentesis del abdomen. Unos,

preocupados principalmente del inconveniente de las punciones sucesivas, prefieren esperar que la ascitis haya alcanzado su completo desarrollo, y difieren la intervención hasta el momento en que la acumulación de líquido en el abdomen dificulta la expansión de los pulmones y amenaza ocasionar la asfixia. El mismo exceso de la presión intra-abdominal tendría para el enfermo la ventaja de reducir el incremento de la ascitis, comprimiendo los vasos del sistema porta.

Otros aconsejan intervenir por sistema, desde el momento en que el enfermo se encuentre algo molesto, sin aguardar á que resulte absolutamente urgente la punción.

Esta última práctica parece con mucho preferible. Una punción verificada con limpieza no ofrece peligro alguno: asustan tanto menos al enfermo cuanto más se acostumbra á ellas, y hay seguramente menos inconveniente en multiplicar las punciones que en dejar que el líquido tome un desarrollo excesivo.

En efecto, á medida que aumenta el derrame intraperitoneal, se acentúan los trastornos funcionales, hasta el punto de hacerse cada vez más graves. La compresión de los vasos del sistema porta contribuye á la producción de una especie de edema de la mucosa gastro-intestinal, que contribuye también á dificultar las digestiones y compromete seriamente la alimentación. La compresión de los riñones y de los vasos que á ellos se dirigen, tiende á disminuir la secreción urinaria. La compresión de la vena cava y de las venas ilíacas provoca edema de las extremidades inferiores y de la pared abdominal. Finalmente, la presión del diafragma hacia el tórax dificulta las funciones del aparato respiratorio. Estas múltiples perturbaciones no pueden dejar de ejercer una influencia muy funesta sobre el organismo entero, y extenuando al enfermo, le precipitan á la caquexia.

Tan pronto el abdomen esté bastante distendido y la macicez que arroja el líquido ascítico alcance ó rebase un poco del ombligo, en el decúbito horizontal, está indicada la punción.

Es fácil practicarla, y en general es bien soportada, pues el único tiempo doloroso de la operación consiste en el paso del trócar á través de la piel.

2.° Paracentesis del abdomen

Esta operación es demasiado conocida para que tengamos necesidad de entrar en todos los detalles de su ejecución. Algunos médicos se sirven de un aspirador de Dieulafoy ó de Potain, pero es completamente inútil

complicar la maniobra: basta en todos los casos un simple trócar. Es indiferente puncionar á derecha ó á izquierda, pero hay que asegurarse siempre atentamente de la existencia de líquido ascítico en la región escogida.

Aunque la paracentesis del abdomen expone lo menos posible á la infección, es indispensable operar asépticamente. El trócar y la cánula serán esterilizados pasándolos por la estufa ó por la ebullición. La piel del abdomen se lavará cuidadosamente con agua y jabón, y luego se cubrirá de compresas empapadas de una solución antiséptica, hasta el momento de introducir el instrumento. Apenas hay necesidad de recordar que las manos del operador deben asociarse con gran ventaja á estas medidas de limpieza.

Cuando el líquido cese de fluir, será bueno cerrar la herida por medio de una planchuela de algodón hidrófilo, que se cubre con algunas gotas de colodion, luego se envuelve el vientre en algodón, que se sostiene con un vendaje de cuerpo. Hase propuesto dejar libre el orificio, á fin de permitir la salida del líquido á medida de su producción. Esta práctica es peligrosa; el contacto incesante de la serosidad irrita muy pronto la piel, provoca eritemas que el enfermo tiene tendencia á rascarse. Las erosiones producidas por las uñas determinan en ella con frecuencia infecciones secundarias (forúnculos, abscesos, linfangitis, erisipelas, etc.).

El *colodion*, la *traumaticina*, el *esteresol* son muy convenientes para obturar la herida, pero se evitará extender una gran capa de estos productos en la superficie de la piel. Cuando se desecan sus bordes se vuelven cortantes, irritan la epidermis y provocan algunas veces la aparición de flictenas ó de ulceraciones.

La punción del abdomen no va acompañada en general de ningún accidente serio.

Un examen atento y minucioso evitará puncionar un tumor sólido ó enquistado del abdomen tomado por una ascitis.

En las personas muy obesas, cuya piel está fuertemente edematosa, la pared abdominal puede presentar, á nivel de las partes declives, un espesor tal, que el trócar, aún hundiéndolo en toda su longitud, no llegue á franquear la aponeurosis abdominal. Cuando de nuevo se ha comprobado bien la existencia del derrame y su movilidad, se procurará hacer acostar al enfermo de lado, para poder puncionar más cerca de la línea media en un punto donde la piel, menos infiltrada, se deje atravesar más fácilmente.

El accidente más común consiste en la producción de una hemorragia, más ó menos abundante. Algunas veces el líquido aparece fuertemente teñido de rojo desde el principio de la punción; en este caso con-

viene guardarse de vaciar por completo el abdomen, hay que limitarse á sacar algunos litros de líquido para aliviar al enfermo haciendo luego una ligera compresión con algodón contenido por una venda de franela.

Las más veces la sangre no aparece hasta el final de la evacuación, cuando ya se ha sacado una notable cantidad de líquido claro, en apariencia normal.

Los vasos de nueva formación que existen en diversos puntos del peritoneo engrosado, los orígenes intestinales de los vasos portas, pueden ser asiento de una congestión más ó menos intensa, y sus paredes friables no resisten á un cambio de presión. Vese primero cómo el líquido que fluye por la cánula se va tiñendo poco á poco de rojo, aumentando rápidamente la coloración. En este caso, es preciso sacar la cánula y hacer alguna compresión sobre el abdomen.

Después de la punción, hay que hacer guardar cama al enfermo y prescribirle tónicos, si acusa fatiga.

El líquido se reproduce algunas veces con gran rapidez, de modo que se necesita una punción cada diez ó doce días. Esta particularidad es por cierto muy desfavorable. Sin embargo, ciertos enfermos conservan un buen estado general. Así no hay que vacilar en repetir la punción cuantas veces sea necesaria. Un cirrótico de M. Troisier, fué puncionado 18 veces, lo cual no le impidió obtener al fin una mejoría, por la cual llegó á ser considerado como curado (1).

Cuando el enfermo no está demasiado extenuado puédese ensayar con ventaja volver á la *dieta láctea* y al uso de los *diuréticos* durante algunos días. La diuresis se establece más fácilmente cuando los riñones no están comprimidos por el derrame. Pero es preciso guardarse del uso demasiado riguroso de estos medios en enfermos que están ya muy próximos á la caquexia.

III

Tratamiento de las diversas variedades de cirrosis

Las diversas cirrosis requieren todas el tratamiento que hemos indicado hasta aquí. El papel de los trastornos gastro-intestinales, de las

(1) Una enferma, afecta de cirrosis, acudía con regularidad cada tres semanas á mi clínica del hospital Saint-Antoine á hacerse puncionar. Se le sacaba cada vez 12 ó 14 litros de líquido poco más ó menos. Veintitrés punciones dieron salida á más de 340 litros de líquido. Puncionábase el mismo día de su entrada, y dejaba el hospital al cabo de veinticuatro horas para dedicarse á su profesión de vendedora ambulante de frutas y legumbres, que ejercía sin interrupción alguna en el intervalo de las punciones.

fermentaciones secundarias en las esclerosis hepáticas, permite establecer un lazo común desde el punto de vista terapéutico, entre todas estas afecciones, sean cuales fueren su punto de partida y su manera de evolucionar.

La dieta láctea, absoluta ó mitigada y la antisepsia intestinal, convienen á todas las cirrosis; la punción del abdomen está indicada en todos los casos en que la abundancia del líquido dificulte la respiración, y comprometa las demás funciones del organismo, pero ciertas variedades clínicas y anatómicas pueden reclamar otros medios especiales.

A.—CIRROSIS ALCOHÓLICA HIPERTRÓFICA

Ya se sabe que es la variedad más curable de las cirrosis, y así más que las otras formas de la enfermedad requiere ésta un tratamiento metódico y prolongado.

El estado general de los enfermos sigue, durante mucho tiempo, siendo satisfactorio, y permite mantener el tratamiento con más vigor.

En ciertos casos, la curación no se obtuvo hasta después de un número considerable de punciones. Así nunca se debe perder la esperanza; los mejores resultados se obtienen mediante un esfuerzo persistente, continuo.

La resistencia del organismo permite las más veces imponer el *régimen lácteo*, no sólo al principio, sino hasta en un período avanzado de la enfermedad. Al principio debe ser exclusiva la dieta láctea, pero á las primeras señales de decaimiento será reemplazada por un régimen mixto: sopas, legumbres, etc., proscribiendo muy formalmente toda bebida fermentada. Se recurrirá al mismo tiempo á los *laxantes*, á los *purgantes* y á los *diuréticos*, que han sido ya indicados precedentemente.

La congestión hepática será combatida con ventaja por medio de las *ventosas secas*, de las *cataplasmas sinapizadas*, que contribuyen notablemente á disminuir el dolor. En caso de necesidad hasta se puede aconsejar la aplicación de *ventosas escarificadas*, al principio y más tarde de *puntos de fuego* en la región hepática, sobre todo cuando el derrame no se produce de un modo muy rápido.

En general, podrá continuar el tratamiento de un modo regular durante la fase ascítica, pero será bueno, no obstante, dejar de vez en cuando algún intervalo de reposo para evitar el agotamiento.

Cuando la mejoría ha sido suficiente para permitir una alimentación más variada, hay que vigilar cuidadosamente al enfermo y asegurarse de que la secreción urinaria sigue siendo suficiente, y ordenando de vez en

cuando, al más pequeño motivo, el retorno momentáneo al régimen lácteo; los cirróticos lo aceptan tanto más de grado en tales casos, cuanto ya han experimentado sus buenos efectos.

Conviene entonces volver de vez en cuando á los *calomelanos* á la dosis de 1 centigramo al día, según el método de Hanot, á las *píldoras de Lancereaux*, y hasta al *yoduro de potasio*, cuidando de no usar estos medicamentos como quien dice á chorro continuo. Al cabo de 10 ó 15 días de tratamiento, es útil dejar un intervalo igual de descanso.

B.—CIRROSIS ATRÓFICA

Con la cirrosis atrófica perfecta y debidamente caracterizada no debe ser tan activa la terapéutica. Lícito es al principio ensayar los medios apuntados, pero sin sujetar su empleo á una sistematización demasiado rigurosa. En esta forma, el éxito es mucho más incierto y la caquexia mucho más probable.

Si puede hacerse el diagnóstico en el período preascítico, se procurará todavía detener la enfermedad recurriendo á los medios anunciados precedentemente, cuyos principales elementos consisten en el régimen lácteo, la antisepsia intestinal y los diuréticos. Pero todo depende del estado general del enfermo: la caquexia precoz, algunas veces los trastornos digestivos no permiten sostener durante mucho tiempo el régimen lácteo. Cuando la leche provoca cólicos y diarrea, se procurará calmarlos por medio de los *alcalinos*, de las *sales de bismuto*, del *carbón*, pero si decididamente el estómago no tolera la leche, es preciso instituir el régimen mixto.

Hasta en los casos en que no existe absoluta intolerancia por la leche, hay que aumentar y variar si es preciso la alimentación, á fin de levantar las fuerzas del enfermo. El temor de la caquexia debe ser la preocupación constante del médico, y tan pronto como aquélla se manifiesta, decae notablemente el valor de todas las demás indicaciones terapéuticas.

La cirrosis atrófica expone en mucho mayor grado á las complicaciones: ascitis abundante y que se renueva con rapidez, hemorragias por diversas vías, etc. Su evolución es, en general, más rápida que la de las formas hipertróficas.

En resumen, la cirrosis atrófica reclama casi el mismo tratamiento que la forma precedente pero con más miramientos.

C. — CIRROSIS HIPERTRÓFICA DE HANOT

La cirrosis hipertrófica con ictericia crónica, del mismo modo que se diferencia clínicamente de las demás esclerosis hepáticas, se distingue también de ellas desde el punto de vista terapéutico. El uso de los diuréticos, no da aquí resultado alguno. El mismo régimen lácteo dista mucho de ejercer en ésta la influencia benéfica que tiene sobre la cirrosis de los bebedores.

Todos los casos que Hanot ha observado los ha visto terminar por la muerte, pero la evolución de la enfermedad es bastante lenta en general. Durante algunos años el enfermo puede salir y continuar trabajando con cierta medida. La caquexia no sobreviene sino á los cinco, seis y hasta siete años. Por lo mismo no hay que apresurarse á considerar como ejemplos de curación los casos en los cuales sobreviene una mejoría pasajera ó menos prolongada.

La antisepsia intestinal, la supresión de las bebidas alcohólicas, se imponen, á lo menos para evitar que venga á constituirse en causa coadyuvante cualquier otra influencia esclerógena.

El uso de la leche es doblemente precioso, por cuanto facilita la diuresis y la antisepsia intestinal, pero no es necesario imponerla con el mismo rigor que al principio de las cirrosis alcohólicas. En los enfermos que lo toleran fácilmente puede recurrirse al régimen lácteo parcial, así como en los que se encuentran debilitados; Hanot ha visto muchas veces que la alimentación común era bien tolerada, y sin que resultase una agravación real de las lesiones. Muchos de estos enfermos, por lo demás, son polifágicos.

Los dos medicamentos de elección en tales casos son los *calomelanos* y el *yoduro de sodio*. Hanot prescribía generalmente los *calomelanos*, á la dosis de un centigramo al día, durante diez ó doce seguidos, alternando con intervalos iguales de reposo.

Alternaba este medicamento con el *yoduro de sodio*, á dosis reducida, de 0^{gr}, 20 á $0^{gr},40$ al día, cuidando de dejar intervalos de reposo. La eficacia del yoduro le parecía más dudosa que la de los calomelanos.

Los *purgantes salinos* ó *drásticos* sólo con grandes precauciones suelen usarse para combatir la constipación, y para producir de vez en cuando una derivación hacia la mucosa intestinal.

Los *enemas fríos* deben ser de uso frecuente para asegurar la antisepsia intestinal y facilitar la excreción de la bilis.

Los preparados de *salol*, de *naftol*, de *ácido salicílico* y los *salici-*

latos pueden alguna vez resultar útiles, pero habrá que desconfiar de su acción sobre el riñón.

Los *revulsivos*, los *cauterios con pasta de Viena*, dice Hanot (1) las aplicaciones de *ungüento mercurial* y de *cataplasmas calientes* sobre la región hepática parecen gozar de alguna eficacia, sobre todo en caso de brote peritonítico.

D. — CIRROSIS BILIAR CALCULOSA

Esta afección constituye un grupo aparte dentro de las cirrosis. Reconoce por causa la obliteración permanente de los gruesos conductos biliares y la retención consecutiva de la bilis en las vías biliares intra-hepáticas. Si la obliteración es aséptica, los canalículos hipertrofiados rechazan, comprimen y atrofian poco á poco las células del hígado. De ello resulta una cirrosis muy localizada, debida á una especie de *angiocolitis crónica hipertrófica* sin reacción inflamatoria aguda. Pero las más veces estas lesiones se complican con infecciones secundarias, que tienen por punto de partida el intestino y dan lugar á pequeños abscesos pericanaliculares ó cuando menos á infiltraciones embrionarias difusas de los conductos biliares.

La *obliteración de las vías biliares* es, pues, la *causa fundamental* de esta cirrosis de origen calculoso, la *infección intestinal* no es sino una *causa secundaria*, un elemento de complicación. De estas nociones resulta la indicación muy precisa del tratamiento: contra el cálculo, causa del obstáculo fijado y retenido en las grandes vías biliares, no puede tener eficacia tratamiento médico alguno. Es preciso apelar á la cirugía. La medicina no puede obrar sino contra el elemento accesorio, procurando prevenir la infección intestinal. El uso de los *grandes lavados del intestino*, la aplicación rigurosa del *régimen lácteo* desde el comienzo de una crisis de cólicos hepáticos, la administración del *salol*, del *salicilato de sosa*, del *betol*, de los *calomelanos*, pueden hasta cierto punto asegurar la antisepsia intestinal.

Pero éstas no son sino medidas paliativas, que no pueden detener la evolución de la cirrosis biliar. Ésta debe ser combatida preventivamente; tan pronto como se ha adquirido la convicción de que un cálculo enclavado en las vías biliares impide el desagüe de la bilis, hay que llamar á un cirujano, sin aguardar á que haya empezado la cirrosis. La intervención quirúrgica dará por resultado, ó bien desenclavar el cálculo y restablecer la circulación biliar, ó bien crear una fístula biliar, intestinal ó cutánea.

(1) HANOT.—Cirrosis hipertrófica con ictericia (*Bibl.* CHARCOT-DEBOVE).

Las indicaciones no pueden precisarse fácilmente, por razón de las numerosas causas de error que pueden engañar respecto del sitio y hasta respecto de la existencia de la obliteración calculosa.

Cabe asimilar á la cirrosis de origen litiásico algunas otras afecciones que obliteran las vías biliares y dan lugar á fenómenos bastante análogos: ciertos quistes hidatídicos abiertos en las vías biliares, el cáncer de la cabeza del páncreas y el cáncer de la ampolla de Vater, descrito por Hanot. Si bien la cirugía ha sido hasta el presente impotente contra el cáncer de la cabeza del páncreas, puede combatir con ventaja los quistes hidatídicos de la cara inferior del hígado y algunas veces hasta el cáncer de la ampolla de Vater.

E. — CIRROSIS CARDÍACA

El hígado cardíaco no constituye por lo general más que un episodio de la asistolia, pero en algunos casos, los trastornos del hígado exceden mucho en importancia de los de las otras vísceras, y dan lugar realmente al síndrome de la cirrosis, con aumento de volumen del hígado, hemorragias por diversas vías, púrpura, etc. La importancia de las manifestaciones hepáticas reclama entonces un tratamiento especial.

Bueno será que al régimen lácteo, á la antisepsia intestinal, al uso de los diuréticos y de los purgantes, se asocie el empleo de la *digital,* de la *cafeína* y de los *demás tónicos del corazón,* que, levantando la circulación general, contribuirán en cierto grado á disminuir la congestión del hígado.

Si la ascitis es bastante desarrollada para exigir una punción, hay que procurar hacerla seguir acto continuo de un tratamiento metódico por la *digital* ó el *estrofanto,* que levantarán la tonicidad del músculo cardíaco y facilitarán la diuresis. La misma orientación del tratamiento se impone, por lo demás, en los cirróticos que presentan al mismo tiempo trastornos de corazón, aun cuando no se trate de una verdadera cirrosis cardíaca.

F. — CIRROSIS SIFILÍTICA

La cirrosis sifilítica, una de las más frecuentes y de las más graves entre las sífilis viscerales, puede encontrarse bajo diferentes formas muy diversas entre sí.

Se la observa con mucha frecuencia en la sífilis hereditaria. Trátase casi siempre de hipertrofia del hígado y del bazo, complicada con trastor-

nos digestivos, con ó sin ictericia, y acompañada de signos más ó menos claros de heredo-sífilis (fisuras comisurales, erupciones, conformación particular de los dientes, deformación de las tibias, etc.).

En el adulto, la cirrosis sifilítica reconoce casi siempre un origen complejo: el alcoholismo, trastornos digestivos, infecciones biliares anteriores pudieron predisponer á esta determinación terciaria de la sífilis, ó favorecer su evolución. El hígado, trabado en diversos sentidos por cicatrices que le deforman, toma el aspecto conocido con el nombre de hígado *ficelé* (abollonado, atado con bramantes) y presenta irregularidades apreciables á la palpación del abdomen.

En ciertos casos, el hígado es bastante liso y regular, uniformemente aumentado de volumen, y puede contener un número más ó menos considerable de gomas, grandes ó pequeños. Las lesiones son más difusas, más diseminadas en la sífilis de los recién nacidos y más localizadas en el adulto.

Sea lo que fuere, si es posible hacerse cargo de los accidentes tan pronto como aparecen, se instituirá un riguroso tratamiento, que dará rápidos y excelentes resultados. Su efecto será mucho más incierto, y muchas veces nulo cuando la esclerosis es ya antigua.

Es indispensable, por supuesto, como en todas las cirrosis, poner al enfermo á cubierto de las diversas infecciones, intoxicaciones y aun de las autointoxicaciones que puedan obrar sobre el tejido hepático.

Pero también es preciso instituir cuanto antes posible el tratamiento específico, que debe ser intensivo y prolongado, hasta en los casos dudosos. En ésta, como en la mayoría de las formas de la sífilis terciaria, el tratamiento más conveniente es el mixto. Las *fricciones mercuriales,* las *inyecciones hipodérmicas de aceite gris ó de biyoduro de mercurio* están particularmente indicadas, por cuanto economizan las vías digestivas, evitando de esta suerte las complicaciones gastro-intestinales, cuya repercusión sobre el hígado fuera de temer.

En el niño, principalmente de corta edad, hay que atenerse á las fricciones, á causa de la sensibilidad muy especial del estómago y del intestino. Se recurrirá cada día á fricciones de 2 á 3 gramos de ungüento napolitano. A. Chauffard ha observado un niño de seis á ocho semanas que resistió tres meses de tratamiento no interrumpido. Habíanse empleado unos 300 gramos de mercurio en fricciones durante este tiempo y acabaron por ceder las lesiones. El niño murió de broncopneumonía á diez y ocho meses, clínicamente curado de su hepatitis sifilítica; las células glandulares habían conservado su apariencia normal, su disposición

fisiológica, pero quedaba todavía esclerosis de los espacios porto-biliares, y endoflebitis de las venas suprahepáticas.

En el adulto, se prescribirán fricciones cuotidianas con 4 ó 6 gramos de ungüento napolitano, ó bien inyecciones hipodérmicas de diversos preparados mercuriales. Al mismo tiempo se administrará el *yoduro de potasio* á dosis variables, según la tolerancia de los individuos. Sabido es que conviene en gran manera elevar las dosis del yoduro hasta 6 y 8 gramos al día, y más todavía, para combatir los accidentes terciarios, pero aquí hay que vigilar cuidadosamente las vías digestivas, pues más valdría emplear dosis menores que provocar trastornos del estómago ó del intestino, cuya aparición constituye siempre un peligro serio para los cirróticos.

A más del tratamiento individual de los enfermos, no hay que olvidar el tratamiento profiláctico y preventivo.

Se combatirá con eficacia la heredo-sífilis sometiendo la madre sifilítica desde el comienzo de la gestación á un tratamiento riguroso. La aparición de la hidropesía del amnios puede ya indicar la existencia de lesiones hepáticas en el feto, y reclamar de esta suerte mayor rigor en el tratamiento materno.

Además, es preciso procurar que los sifilíticos se pongan en guardia contra todos los agentes capaces de provocar la cirrosis, inspirándose principalmente en las nociones etiológicas que se han expuesto anteriormente.

Hay que buscar atentamente en los sifilíticos los más insignificantes entre los que se han llamado pequeños signos de la cirrosis, y tan pronto como se noten algunos indicios como: trastornos digestivos prolongados, aumento de volumen del hígado, dilatación de las venas subcutáneas abdominales, orina escasa y urobilinuria, etc., hay que instituir el tratamiento específico.

G. — CIRROSIS PALÚDICA

A pesar de la especificidad de su origen, la cirrosis palúdica no reclama tratamiento alguno especial.

En todos los países donde reina la endemia palúdica, es preciso que los individuos expuestos á la infección se pongan en guardia contra los excesos de las bebidas, contra el abuso de los alimentos especiados, y en general contra todas las causas susceptibles de aumentar la vulnerabilidad del hígado.

Cuando se haya declarado la fiebre palúdica, debe ser tratada enérgica y regularmente por el sulfato de quinina, y luego tan pronto como

aparezca la convalecencia hay que sustraer al enfermo de la infección, enviándole á un clima sano y levantando sus fuerzas por medio de un régimen tónico, por el empleo de preparados de quina, cuya eficacia en la caquexia palúdica ha sido puesta muy bien de relieve por León Colin.

Pero, aun cuando el palúdico parece haber casi recobrado la salud, el hígado y el bazo quedan durante mucho tiempo aumentados de volumen, y ésta es muchas veces la primera etapa de la cirrosis, con ó sin hiperplasia nodular, que se encuentra en los palúdicos.

Son lesiones de evolución lenta, sobre las cuales ninguna terapéutica puede preciarse de ejercer una acción directa. Sólo con el transcurso del tiempo pueden modificarse, obrando sobre el organismo de una manera prolongada.

Las condiciones higiénicas tienen aquí una importancia considerable: la permanencia en el campo y sobre todo en la montaña, contribuye poderosamente á levantar las fuerzas de los enfermos. La *alimentación* debe regularse con la mira de proteger el hígado contra toda causa nueva de infección y aun de irritación. La *hidroterapia*, practicada con medida y bajo la vigilancia de un médico experimentado, da algunas veces excelentes resultados. Ciertas aguas minerales como las de *Royat, Santenay, Brides, Luxeuil, Pougues, Châtel-Guyon, Contrexéville, Evian, Saint-Moritz,* etc. (1) ejercen muchas veces una influencia muy benéfica sobre las congestiones viscerales del paludismo y sobre las del hígado en particular.

Por lo demás, la hidroterapia y las curas termales no deben emplearse sino con muchas precauciones, teniendo en cuenta la impresionabilidad de los enfermos, y recordando más que nunca los inconvenientes de una excesiva sistematización. A los palúdicos muy anémicos puede á veces convenir el hierro; bueno será desconfiar de él cuando existe congestión hepática.

Más común es que resulte eficaz el *arsénico*. Puede emplearse de un modo prolongado bajo la forma de *licor de Fowler,* ó mejor de *licor de Boudin,* vigilando las vías digestivas.

H. — CIRROSIS DE LOS DIABÉTICOS

Las cirrosis pigmentarias de los diabéticos son esencialmente de orden caquéctico. Están en relación con degeneraciones profundas de las

(1) O bien las españolas de Caldas de Malavella, Solares, Caldas de Estrach, Fiterovi·jo, San Adrián de León, Puente el Viezgo, Valle de Ribas, San Hilario Sacalm, etc. — *(N. del T.).*

células hepáticas, y por lo mismo no reclaman tratamiento especial. Hasta parece existir algún peligro en someter á los enfermos, en tales casos, á una medicación debilitante cualquiera.

Iguales consideraciones son aplicables á las cirrosis de los tuberculosos, resultando igualmente ilusoria la terapéutica contra ellas.

Unas y otras reclaman, ante todo, un *tratamiento tónico*, destinado á levantar las fuerzas de los enfermos: el uso del té, del café, á pequeñas dosis, mezclado con leche, y de una alimentación moderada sin descuidar la antisepsia intestinal.

CAPÍTULO L

TRATAMIENTO DE LA LITÍASIS BILIAR

POR

A. CHAUFFARD

Agregado, médico del hospital Cochin

TRADUCCIÓN DEL DR. D. JOSÉ BLANC Y BENET

I

Consideraciones generales

Los numerosísimos accidentes que puede determinar la litíasis biliar, así como las indicaciones terapéuticas que de ellos se derivan, están en gran parte subordinados al sitio anatómico y al modo de migración de los cálculos. Por esto los progresos recientísimos de la cirugía de las vías biliares han exigido un estudio preciso y profundo de la anatomía normal del aparato biliar infrahepático. Hácese indispensable, tanto para el médico como para el cirujano, conocer los trabajos del profesor Terrier, de sus discípulos Dally, Hartmann y de J. L. Faure.

Sabido es que sobre el trayecto directo que forman el conducto hepático y el colédoco, viene á insertarse, formando un ángulo muy variable, el conducto cístico ó el conducto excretor de la vesícula biliar. Vejiga y conducto cístico constituyen, pues, partes sobreañadidas, un verdadero aparato de perfeccionamiento fisiológico, cuya supresión es posible concebir sin irremediable trastorno de las funciones biliares. Y en efecto, hemos de ver que con frecuencia se halla indicada la *colecistectomía*, ó ablación de la vesícula, y en muchas ocasiones ha podido constituir una operación de elección.

En el individuo sano, normalmente, la vesícula biliar es *inexplorable á la palpación*. Escondida debajo la cara inferior del hígado, apenas rebasa por su fondo una muesca que la mano puede percibir á nivel del

borde hepático cortante, cerca del borde interno del músculo recto del lado derecho.

Así, pues, por el mero hecho de que la vesícula biliar se haya hecho perceptible á la mano que la explora, puédese afirmar que está *notablemente dilatada*. Entonces produce la sensación de un tumor liso, renitente, fuertemente tenso, más ó menos doloroso, ovoide, de diámetro mayor vertical, limitado por abajo por una curva de convexidad inferior.

La palpación bimanual, teniendo aplicada la mano posterior en el espacio costo-ilíaco, proyecta la vejiga hacia adelante y da una sensación muy manifiesta de *peloteo*, que conviene no confundir con el peloteo renal.

En la posición vertical, el fondo de la vesícula mira hacia abajo, atrás y un poco á izquierda; en el decúbito horizontal, resulta la parte más elevada de la vejiga, mirando hacia arriba y adelante. Este cambio de actitud tiene verdadera importancia clínica, y nos parece explicar el hecho de observación tradicional de que la mayoría de las crisis de cólico hepático comienzan *de noche;* por el mero hecho del decúbito dorsal, el cálculo, si no está enclavado, abandona el fondo de la vejiga y cae en la región que pasa á ser declive, es decir, en aquella parte que se continúa con el conducto cístico, formando una especie de ampolla saliente á derecha, el *bacinete de la vejiga*.

El cuello de la vejiga, según Terrier y Dally, «se dobla sucesivamente hacia arriba y á la izquierda, luego directamente hacia atrás y un tanto á la izquierda, describiendo así dos acodamientos casi en ángulo recto.» En el vértice del ángulo formado por estos dos acodamientos, la pared es gruesa y forma una especie de *promontorio* más ó menos saliente.

Cuando una vejiga contiene cálculos, y sobre todo cálculos grandes, presenta á menudo en su forma y en su aspecto profundas modificaciones, las cuales han sido descritas perfectamente por Hartmann. El cálculo se aisla, se engatilla en una especie de celda, se hace inmóvil y como encapsulado, incapaz por lo mismo para toda migración espontánea. Muchos cálculos pueden de este modo superponerse en una misma vesícula, aislados unos de otros, cada uno en su celda, y separados por unas á modo de estrecheces valvulares de la pared. En otros casos, el cálculo deprime el bacinete ó pelvis por debajo de la desembocadura del conducto cístico, y lo deprime en forma de fondo de saco. Se comprenderá toda la importancia de estas disposiciones topográficas, por cuanto con frecuencia hacen casi imposible la migración normal del cálculo, y constituyen la mejor justificación del tratamiento quirúrgico de la colelitíasis.

El *conducto cístico* es extraordinariamente variable según los indi-

viduos, según lo demuestran los numerosos moldes de J. L. Faure. Pero siempre es tortuoso, espiroide, deformado por una serie de sinuosidades, de ampollas, de estrecheces sucesivas. Su longitud varía también, pues oscila entre 40 y 70 milímetros.

En cuanto al *conducto colédoco*, su dirección es más rectilínea, la ausencia de válvula le convierte en un trayecto más fácil de recorrer por los cálculos. Pero su extremidad intestinal, á causa de la estrechez del orificio duodenal de la ampolla de Vater, constituye un desfiladero y como una barrera difícil de salvar.

Añádase á todo lo que antecede que la mucosa biliar está dotada, en estado patológico, de una sensibilidad muy manifiesta, que las paredes membranosas que la forman son musculosas y contráctiles, y se comprenderá que obstáculos de todo género vienen á oponerse á la migración eliminatriz de los colelitos.

II

Indicaciones terapéuticas

Concíbese, por lo dicho, cuán difícil y compleja puede resultar la misión del médico, tanto más cuanto el tratamiento de la litíasis biliar y de sus accidentes ofrece, según los casos, indicaciones variadas, *momentos* muy diferentes. Por de pronto, conviene distinguir la *litíasis enfermedad* y la *litíasis lesión*.

Un individuo nos infunde sospechas de colelitíasis por sus antecedentes de familia ó personales, por su mismo pasado, si se ha presentado ya una crisis de cólico hepático; le creemos ó sabemos es apto para producir cálculos biliares; por estas solas razones debemos ya prescribir el régimen y el tratamiento que nos parecen más propios para impedir la formación ó la recidiva de los cálculos; una *terapéutica preventiva* es la que conviene instituir.

Si, por el contrario, los cálculos son ya formados y descubren su presencia por crisis dolorosas que se repiten, por accidentes febriles de infección, por oclusión del colédoco con ictericia persistente, por una migración anormal, se presentan indicaciones muy distintas; ya no es tan sólo la *enfermedad litógena* la que debemos tratar, sino también toda la serie de accidentes locales y generales que pueden depender de la presencia, de la migración, y del enclavamiento de los colelitos.

Debemos, pues, estudiar sucesivamente el tratamiento: de la *enfer-*

medad litógena; de la *migración normal de los colelitos* ó *cólico hepático;* de sus *migraciones anormales;* de los accidentes secundarios de *infección biliar* ó de *enclavamiento calculoso.*

III

Tratamiento de la enfermedad litógena

A.—CONSIDERACIONES GENERALES

El tratamiento *preventivo* ó *curativo* de la enfermedad litógena necesariamente se deduce de la idea que se tiene de la naturaleza misma y de la patogenia del proceso litiásico. Toda otra regla de conducta no sería otra cosa que puro empirismo.

Dos teorías comparten hoy día, y casi podría decirse que se disputan la patogenia de la litíasis biliar.

Una de ellas es esencialmente tradicional, refiere la predisposición litógena á trastornos de la nutrición orgánica, definidos por su evolución, sus afinidades morbosas, sus mutaciones familiares. Los trabajos de Bouchard han dado á esta teoría su más completa expresión.

Desde el punto de vista clínico, la litíasis biliar depende de las discrasias ácidas, con exceso permanente de ácidos orgánicos en los humores. En la bilis que se vuelve ácida, la colesterina, el pigmento, las sales de cal se precipitan, formando de esta suerte los diversos elementos constitutivos de los colelitos.

Desde el punto de vista etiológico, la litíasis biliar es ante todo una enfermedad de la mujer y de la edad adulta. Todas las causas de estancamiento biliar, como embarazos repetidos, el estrangulamiento del talle por corsés demasiado apretados, los prolapsos abdominales y en particular la hepatoptosis con acodamiento brusco del colédoco, representan factores importantes en el determinismo de la enfermedad.

Pero la litíasis biliar depende principalmente de condiciones especiales de la nutrición adquiridas ó hereditarias. Enfermedad de los habitantes de las ciudades, de los sedentarios, de los comilones, de los obesos, pertenece al grupo morboso de las afecciones artríticas, y tiene lazos de la más estrecha afinidad con la diabetes sacarina, la polisarcia, la gota, las hemorroides, la jaqueca, la litíasis úrica.

Estas nociones etiológicas vienen diariamente confirmadas por la observación clínica. Son irrecusables y conservan todo su valor á pesar del reciente predicamento de la *teoría infecciosa* de la colelitíasis.

Es que, en efecto, las investigaciones de Galippe, de Dupré, Gilbert,

Girode, Hanot y Létienne, de Dominici, L. Fournier y de Naunyn, en Alemania, han levantado una teoría microbiana de la litíasis, atribuyendo el más importante papel patogenético á las infecciones biliares y además á la fiebre tifoidea.

No podemos entrar aquí á discutir esta ardua cuestión, sobre la cual mucho habría que decir. Pero á lo menos debemos hacer una reserva desde el punto de vista práctico y terapéutico.

La noción de las condiciones patogénicas humorales y nutritivas de la litíasis nos da indicaciones profilácticas y curativas perfectamente definidas, y cuya exactitud nos garantiza la experiencia clínica.

La noción del origen microbiano de los cálculos no trasciende más allá del laboratorio, está desprovista de toda sanción terapéutica. Estas infecciones biliares litógenas son latentes, no tienen expresión sintomática; en nada afectan á la marcha de las infecciones biliares *secundarias á la litíasis,* cuyo tipo más acabado viene á ser la fiebre biliosséptica. Las más veces en los antecedentes de los enfermos nada permite afirmar en qué momento se ha infectado el trayecto biliar; los accidentes no se manifiestan sino una vez desarrollados los cálculos.

Hay más: los individuos afectos anteriormente de ictericia catarral, es decir, de una de las solas infecciones biliares protopáticas de innegable autonomía, sólo por excepción resultan litiásicos. Es una observación que he tenido ocasión de comprobar hace ya mucho tiempo.

Aun admitiendo el origen microbiano de la colelitíasis, es preciso, pues, añadir el doble correctivo necesario: la *infección biliar litógena, salvo en algunos casos consecutivos á la fiebre tifoidea, no tiene historia clínica; no produce sus efectos sino en individuos predispuestos por las condiciones hereditarias ó adquiridas de su nutrición general* (1).

(1) Por lo que toca á esta importante cuestión del *valor clínico de la infección como causa de litiasis biliar*, he de remitir al lector á una memoria que publiqué sobre el particular en la *Revue de médecine*, Febrero de 1897.

Después de haber hecho el examen crítico de los datos bacteriológicos actuales y de la teoría patogénica que de ellos se ha deducido, presento el resultado de una estadística personal que comprende 241 individuos afectos aislada ó sucesivamente de fiebre tifoidea, de ictericia catarral y de litiasis biliar. Véanse los principales resultados:

En 171 antiguos tifódicos, 18 sufrieron ulteriormente de litíasis, ó sea 10,5 por 100. En uno solo de estos casos el intervalo entre ambas enfermedades fué muy corto, pues el primer cólico hepático sobrevino quince días después de haber terminado la convalecencia. En todos los otros casos hubo intervalo á lo menos de cuatro años.

En 86 litiásicos, hubo 18 antiguos tifódicos, ó sea un 20,9 por 100. Pero entre 86 enfermos cualesquiera que entraron después en mi clínica, hubo 15 antiguos tifódicos, ó sea un 17,4 por 100.

La diferencia entre ambas proporciones ó sea 3,5 por 100 expresa el mayor grado de frecuencia que presenta la fiebre tifoidea en los antecedentes de estos litiásicos.

En 16 ictericias catarrales, 2 litiasis ulteriores, ó sea un 17,5 por 100.

En 86 litiásicos, 2 casos que anteriormente habían sufrido de ictericia catarral, ó sea un 2,3 por 100.

Así, pues, no determina indicación terapéutica, y la etiología microbiana se halla aquí supeditada muy singularmente por la etiología humoral.

B.—HIGIENE GENERAL

¿Qué debemos, pues, prescribir como higiene general, como régimen alimenticio, á los individuos que consideramos como predispuestos ó como litiásicos ya declarados?

El litiásico no debe ser un sedentario: es preciso aconsejarle un *ejercicio* regular, la marcha, la bicicleta, la gimnástica sueca, la esgrima.

Hay que activar el funcionalismo de la piel por las *fricciones* secas ó alcohólicas, los *baños alcalinos*.

Se evitará la astricción de vientre mediante el uso metódico de pequeñas dosis de *sales neutras purgantes*, ó de laxantes vegetales poco irritantes como los preparados de *cáscara* ó de *ruibarbo*.

La obesidad, en caso de coexistir, exige la cura de reducción y el masaje.

Finalmente, el *régimen alimenticio* tendrá por base las carnes asadas á la parrilla ó al horno (no más de un plato por comida), las legumbres verdes, crudas ó cocidas, las frutas á discreción, entre otras las uvas.

Sólo serán permitidos en pequeña cantidad los alimentos feculentos, los azucarados, los pasteles, las grasas y los huevos. Ciertas legumbres, por ejemplo, los guisantes, contienen una colesterina vegetal que exige sean más particularmente excluídos.

El pan debe reducirse á pequeña cantidad, y más bien al estado de *pan negro*, que al de pan blanco, demasiado amiláceo.

En suma, alimentación mixta, moderada en cuanto á substancias azoadas, rica en vegetales, pobre en hidrocarburos, amiláceos, azucarados y materias grasas.

Bebidas más bien abundantes, poco alcohólicas, nada de vino puro ni licores; uso habitual de aguas alcalinas ligeras como ciertos manantiales de *Vals* (1); aguas bicarbonatadas cálcicas, como la de *Pougues* (2); aguas diuréticas y débilmente salinas, como la fuente salada de *Vittel* (3).

(1) Equivalentes españolas: Vichy catalán, Sobrón y Soportilla, Belascoain.—(N. del T.)
(2) Equivalentes españolas: San Adrián de León.—(N. del T.).
(3) No hay equivalente español; tienen lejana afinidad con ella las de Solares.—(N. del T.).

C. — TRATAMIENTO MEDICAMENTOSO

Tal debe ser el tratamiento higiénico y preventivo de los predispuestos á la litíasis biliar, así como de los litiásicos declarados. Pero, en este último caso, no basta observar el régimen precedente, es preciso añadir un tratamiento interno que aleje ó suprima los accidentes agudos de la litíasis, es decir, los cólicos hepáticos.

Este *tratamiento intercalar,* interpuesto entre las crisis dolorosas, dicta, según los casos, indicaciones distintas, siendo preciso distinguir, tocante á esto, los litiásicos de crisis repetidas, á veces casi subintrantes, de aquellos cuyos accesos están separados por largos intervalos. Por de pronto no nos ocuparemos sino de los últimos.

Consideremos primero un litiásico con crisis distantes, por ejemplo, que sólo tenga en un año los últimos tres ó cuatro cólicos hepáticos. ¿Qué podemos esperar del tratamiento interno y qué convendría prescribirle?

Nos encontramos con una primera dificultad, y es que nunca, á no ser por excepción, sabemos si nuestro enfermo retiene todavía en su vejiga uno ó varios cálculos, si está en inminencia ó no de crisis aguda ó si se trata tan sólo de prevenir una recidiva de formación calculosa. El tratamiento, en el segundo caso, podrá dar evidentemente resultados mucho más seguros.

Nada más problemático, en efecto, que la acción disolvente ó reductora de un tratamiento medicamentoso sobre cálculos biliares ya formados, mientras que el catarro litógeno es ciertamente accesible á nuestros medios de acción.

Lo demostrado es que, muchas veces, bajo la influencia de un tratamiento adecuado, las crisis de cólico biliar se hacen mucho menos frecuentes, y hasta llegan á desaparecer alcanzándose una verdadera curación clínica.

Entre los agentes medicamentosos á que conviene recurrir, figuran en primera línea los *tratamientos hidriáticos;* ciertos manantiales gozan sobre este particular y, con perfecto derecho, de una tradicional preferencia.

1.° Tratamiento hidromineral

Tres tipos principales de aguas minerales están indicadas, según los casos, y pueden individualizarse en las estaciones de *Vichy* (1), de

(1) Equivalentes españolas: Belascoain, Vichy catalán, Sobrón y Soportilla.—(N. del T).

Carlsbad (1) y de *Vittel* (2). Veamos en qué casos y de qué manera debe recurrirse á estas aguas y qué resultados clínicos cabe de ellas esperar.

A. — *Vichy*, entre las aguas *bicarbonatadas sódicas*, es la estación clásica de los colelitiásicos, la que á mayor número de enfermos puede convenir.

Pocas contraindicaciones se oponen á su empleo. Pueden admitirse como tales: la *ictericia calculosa crónica* con desnutrición progresiva y estado caquéctico; la *cirrosis calculosa*, la *cirrosis alcohólica* con ascitis; la *infección biliar*, con sus grandes accesos febriles y la septicemia que acarrea.

La edad avanzada no constituye de por sí una contraindicación, si las arterias permanecen blandas y el corazón está sano.

El calculoso enviado á Vichy deberá seguir allí un tratamiento *externo* é *interno* á la vez. Se le prescribirán baños minerales templados de quince á treinta minutos de duración, duchas tibias, más excepcionalmente, duchas frías diarias.

Los dos manantiales que más comúnmente se prescriben al interior son los de la Grande-Grille y del Hôpital, á dosis progresivamente crecientes, reguladas para la tolerancia del enfermo, pero en la actualidad raras veces exceden de cinco á seis vasos al día.

Bajo la influencia de este tratamiento, y á veces desde los primeros días, vuelve el apetito ó aumenta y mejoran las digestiones. La orina se hace más abundante y más clara.

Muchas veces, hacia el octavo ó décimo día de la cura, prodúcese una crisis expulsiva, bajo la forma de cólico hepático con ictericia, y según la intensidad de los accidentes, el tratamiento debe continuarse ó suspenderse.

Cuando la crisis va seguida de una eliminación calculosa, constituye en último término un incidente favorable, pero no es necesaria para que pueda obtenerse un buen resultado ulterior; aún deberá evitarse en la medida de lo posible, no dando dosis demasiado fuertes, ni estableciendo con demasiada rapidez tratamientos intensivos. La fuente del Hôpital suele ser, tocante á esto, mejor tolerada que la Grande-Grille.

Muchas veces la acción medicatriz de Vichy es silenciosa, se continúa durante los meses que siguen al tratamiento. Las crisis, antes frecuentes, se hacen raras ó se atenúan, pero lo común es que recidiven al cabo de diez ó doce meses poco más ó menos si el tratamiento médico

(1) Se le aproximan las de Arnedillo, Caldas de Estrach y Fitero Viejo.—(N. del T.).
(2) Véase lo dicho en la página anterior.—(N. del T.).

ó una nueva cura termal no viene á completar ó á consolidar la curación.

Al mismo tipo medicamentoso que Vichy pueden referirse las aguas de *Vals*, de *Bilin* y de *Pougues* (1), que pueden también ser empleadas con éxito en la cura de la colelitíasis.

B. — *Carlsbad*, entre las aguas sulfatadas sódicas, merece en estos casos lugar preferente. Por sus efectos laxantes, la cura de Carlsbad difiere de la acción más bien estíptica de las aguas de Vichy; el régimen alimenticio está allí mejor reglamentado, el clima es mucho más tónico. Pero el tratamiento de Carlsbad es al fin y al cabo más expoliador y más debilitante que el de Vichy, y conviene principalmente á los individuos jóvenes, sanguíneos, con tendencia á la plétora venosa abdominal y á la obesidad. Con mucha mayor razón podríase decir otro tanto de la cura de *Marienbad*.

C. — Las aguas bicarbonatadas sulfatadas, como las de *Wittel*, convienen perfectamente á los litiásicos artríticos uricémicos, á los que no han tolerado bien la cura de Vichy, ó no han obtenido suficientes ventajas con ella. El tratamiento externo comprende la administración de duchas generales calientes de débil presión y los baños templados. El tratamiento interno consiste primero en el empleo del agua de la fuente Marie, y luego de la fuente Salée, á dosis progresivamente crecientes.

«La cura de Wittel, ha dicho Bouloumié (2), es una cura de expulsión de cálculos, limpia la vejiga de la hiel, los conductos y las vías biliares, y la acción de la fuente Salée sobre la eliminación de los cálculos biliares es tal, que en ciertos enfermos he podido hacer á mi voluntad varias veces seguidas ó á cortos intervalos repetir ó suspender la expulsión de cálculos, según ordenaba seguir, reiterar ó suspender el uso de esta agua.»

Las aguas de *Contrexéville* y de *Capvern* (3), pueden emplearse igualmente con buenos resultados.

En el intervalo de dos curas hidriáticas, será bueno seguir también á domicilio el tratamiento por las aguas minerales. Aunque el resultado no es ciertamente tan completo como en el mismo manantial, con todo no deja de ser un preciosísimo recurso.

(1) En España, además de las citadas, las de San Adrián de León, Mondáriz, Molgas, etc.—(N. del T.).

(2) P. Bouloumié.—*France médicale*, 31 Enero de 1896.

(3) Equivalentes españolas: Solares, Nanclares de la Oca, etc. —(N. del T.).

2.° Tratamiento medicamentoso propiamente dicho

Cuando los cólicos hepáticos no se reproducen sino á intervalos muy largos, puede obtenerse la curación recurriendo tan sólo á los medios precedentes, higiene y régimen alimenticio, curas hidrominerales, tratamiento intercalar una ó dos veces al año, durante quince ó veinte días cada vez, y por las aguas minerales tomadas á domicilio.

Pero si las crisis dolorosas se repiten, por ejemplo, una ó varias veces al mes, se hace necesaria una medicación más compleja.

Todos los métodos empleados, y son numerosos, persiguen el mismo objeto: *hacer más abundante y más flúida la secreción de la bilis, anestesiar y mantener aséptica la vía biliar.*

De estos medicamentos coloco en primera línea al *benzoato* y al *salicilato de sosa.*

Estas dos sales, á las dosis medias de 2 á 4 gramos al día, dan excelentes resultados y hasta cierto punto comparables.

Bajo la influencia de su administración, las crisis se hacen más raras y pierden mucho de su intensidad, la sensibilidad de la región vesicular se atenúa ó desaparece y se restablece el curso de la bilis.

Si bien la acción de estos medicamentos parece similar, no es con todo indiferente la elección entre ambos.

El salicilato de sosa parece tener una acción más manifiestamente analgésica, y aliviará de un modo más rápido y más completo á los enfermos con crisis dolorosas y repetidas.

Pero su empleo muchas veces resulta difícil y penoso por la intolerancia del estómago, ó por los zumbidos de oídos y la cefalea. Además, si el riñón está enfermo y solo permite una depuración urinaria insuficiente, pueden presentarse accidentes de intoxicación salicílica.

Nada de esto ocurre con el benzoato de sosa, que nunca es tóxico, y que generalmente es tolerado sin fatiga por el estómago. Téngase cuidado de prescribir el benzoato de sosa del *benjuí,* pues la sal obtenida por síntesis no es tan bien tolerada.

Yo suelo asociar ambas sales con arreglo á la siguiente fórmula:

Benzoato de sosa de benjuí.	10 gramos
Salicilato de sosa.	20 —

En 30 sellos. Tres al día, uno en cada comida.

Hay una forma de medicación salicilada que cabe emplear en estos casos con éxito, y sin temor á los accidentes de intolerancia gástrica, refiérome á las embrocaciones locales de *salicilato de metilo.* Los tra-

bajos de Lannois y Linossier han demostrado que el salicilato de metilo puede ser absorbido por la piel, eliminarse por la orina y dar lugar á los mismos efectos analgésicos que la administración interna del salicilato de sosa. He aquí, pues, un modo de administrar la medicación salicilada que parece indicado muy especialmente al principio ó en las formas gastrálgicas y atenuadas del cólico hepático, cuando el salicilato de sosa sería mal soportado por un estómago ya intolerante, ó en inminencia de vómito reflejo.

Si, á pesar del empleo de los medios precedentes, continúan reproduciéndose las crisis dolorosas, pueden emplearse con éxito muchas otras medicaciones, ya sea aisladamente, ya combinadas con las precedentes.

Las cápsulas de *éter amil-valeriánico* constituyen un buen analgésico de las vías biliares. Se dan de 4 á 6 al día en las comidas. Tienen el inconveniente de ser muchas veces mal toleradas por el estómago y dar lugar á eructos desagradables.

El clásico *remedio de Durande* ha caído en desuso, ni siquiera se emplea bajo la forma más aceptable, que consiste en tomar por separado perlas de éter y cápsulas de esencia de trementina.

En cambio, he obtenido muchas veces excelentes resultados del uso de un antiguo remedio, el *aceite de Haarlem;* es un líquido aceitoso, pardusco, muy desagradable por su olor y su sabor empireumático; su parte más activa parece ser el aceite esencial de enebro.

Se pueden dar cada ocho días, por la noche al acostarse, una ó dos perlas de aceite de Haarlem, con una taza de infusión de boldo, y en los días de intervalo se establecerá la medicación por el benzoato ó el salicilato de sosa.

La *bilis de buey* ha sido administrada como colagogo, bajo la forma de píldoras, por ejemplo. Pero es un medio poco práctico, y además, lejos de fluidificar la bilis, parece, al contrario, hacerla más espesa.

El *aceite de olivas*, empleado durante mucho tiempo como medio empírico en el tratamiento de la colelitíasis, obra en realidad, según los experimentos de Rosenberg, como un colagogo muy activo, y notablemente fluidificante. En 1888, demostré, con E. Dupré, que en los enfermos que se hallan en inminencia de una crisis, ó que las sufren repetidas, el aceite determinaba la cesación de los paroxismos dolorosos y al mismo tiempo el restablecimiento de la permeabilidad biliar. Puede darse por la noche de una vez una dosis compacta de 300 á 400 gramos, con la sonda si la repugnancia del enfermo es excesiva; ó bien se puede dar una dosis de 100 gramos durante tres días consecutivos. Antes y des-

pués de tomar el aceite el enfermo deberá enjuagarse la boca con un sorbo de ron ó de kirsch.

La ingestión de aceite da lugar á veces á la expulsión de cálculos biliares. Más frecuente es encontrar tan sólo en las heces unas concreciones olivares, semiblandas, semejantes á cera blanca ó verde, y formadas, según un análisis de Villejean, de una mezcla de grasa neutra y de ácidos grasos libres.

E. Ferrand propuso en 1892, sustituir el aceite por la *glicerina*, tomada ora á la dosis compacta de 20 á 30 gramos, ora á la dosis diaria de 5 á 15 gramos en un poco de agua de Vichy. Esta medicación, cuya eficacia clínica no ha sido todavía demostrada, me ha parecido provocar á veces síntomas pasajeros de excitación cerebral, de semiembriaguez.

Los preparados de *evonimina*, de *boldo*, me parecen dar resultados menos manifiestos que las medicaciones precedentes.

En cuanto al tratamiento del cólico hepático por la *trinitrina*, preconizado por G. Lindsay Turnbull, no haré más que mencionarlo. Según este autor, bastan unas dosis de medio á un miligramo de trinitrina para paralizar las fibras musculares lisas de las vías biliares y determinar una cesación rápida del cólico hepático. No poseo experiencia personal alguna de esta medicación.

Tampoco he usado personalmente la «*cura de limones*» prescrita á veces en Alemania é Italia, pero he tenido ocasión de apreciar algunos buenos resultados. Danse por la mañana en ayunas cantidades crecientes de zumo de limón, hasta medio vaso y más, y estas fuertes dosis parecen bien toleradas.

Todos los tratamientos á que acabamos de pasar revista, sea cual fuere el adoptado, deben ser intermitentes, y si es preciso, combinarse entre sí. Prescribiráse, por ejemplo, el uso habitual, como agua de mesa, del agua de *Vittel*, fuente Salée (1) ó del agua de *Soultzmatt* (2); durante diez días al mes se prescribirá el agua de *Vichy* (Célestins) fría, ó el agua de la fuente Grande-Grille calentada al baño maría, según sea mejor tolerada una ú otra por el estómago (3); durante otros diez días del mes se prescribirá el benzoato de sosa ó el salicilato de sosa, y se dejará al enfermo sin medicación el último tercio del mes.

En caso de crisis inminentes ó repetidas, se añadirá á los medios

(1) No tiene equivalente español que sepamos como agua de mesa; tiene lejana afinidad con la de Solares.—(N. del T.).

(2) Puede decirse lo mismo que de la anterior.—(N. del T.).

(3) Las equivalentes españolas á la de Vichy son Belascoain, Vichy catalán, Sobrón y Soportilla.—(N. del T.).

precedentes el uso del aceite de Haarlem, del aceite de olivas, ó del éter amil-valeriánico.

El régimen higiénico y alimenticio, los baños alcalinos, y el sostenimiento de la normalidad en las funciones intestinales, vendrán á completar un tratamiento que, junto con las curas termales, dará en la mayoría de casos los mejores resultados.

IV

Tratamiento del cólico hepático

El tratamiento del *cólico hepático* está en parte subordinado al grado de intensidad del mismo.

La primera indicación consiste en alejar del litiásico toda causa ocasional de crisis. Por poco que se hayan notado algunos indicios ó prodromos del cólico hepático, ó que la vejiga biliar parezca turgescente, ó que exista una ligera coloración ictérica de la orina ó de los tegumentos, hay que someter el enfermo al reposo, cuando menos relativo. Se le prohibirá todo viaje largo en ferrocarril, toda carrera fatigosa en carruaje, el uso de la bicicleta, la equitación, el baile, el «lawn-tennis,» en una palabra, todo cuanto pueda movilizar un cálculo y despertar la contractilidad refleja de las vías biliares.

Con el mismo objeto preventivo, se prohibirá toda transgresión del régimen, y se evitará el uso de los purgantes.

Si no obstante estalla la crisis ¿qué debe hacerse?

A.—En caso de ser el cólico hepático *de débil ó mediana intensidad* someter el enfermo al reposo absoluto; no alimentarlo sino en cuanto lo tolere el estómago, y preferentemente de leche fría ó mezclada con agua de *Vichy*, de cremas frías, de jalea de carne. Se prescribirán uno ó dos *baños* algo calientes, de unos 35°, y prolongados durante una hora. Se aplicará sobre la región del hipocondrio derecho un almohadón de caucho lleno de *agua muy caliente*, es un medio excelente que alivia mucho á los enfermos; se prescribirán aplicaciones de un *linimento calmante clorofórmico* ó de *aceite de almendras dulces caliente* y *guayacolado* al tercio, ó de *salicilato de metilo*.

Si estos medios no bastan para calmar el dolor, se recurrirá á los analgésicos internos. Las *perlas de éter* y el *agua clorofórmica* no sólo disminuirán el sufrimiento, sino que al mismo tiempo harán cesar los vómitos. Las píldoras *opiadas* y *belladonadas*, el *cloral* á la dosis de 1 á 2 gramos, la *exalgina* á la dosis de dos á tres obleas de 0^{gr},20, un

cuarto de enema con adición de 2 gramos de *antipirina*, he aquí los agentes medicamentosos más á menudo empleados y con mejores resultados.

B. — Las *formas intensas* del cólico hepático, por los vivos dolores y los vómitos que provocan, exigen una intervención más decisiva. Se imponen el reposo y la dieta absoluta; se administrarán fragmentos de hielo, grog helado en bebida, un poco de leche ó caldo fríos si son bien tolerados y sobre todo se hará una inyección subcutánea de $0^{gr},01$ ó $0^{gr},02$ de *clorhidrato de morfina*. Este es el medio heroico, el único que proporciona á los enfermos alivio y descanso. Está tanto más indicado en este caso cuanto, suprimiendo el dolor, no detiene la migración del cálculo, que es el procedimiento natural de la curación espontánea.

La principal contraindicación del empleo de la morfina se deduce del estado del corazón, en los casos, bastante raros por otra parte, en que el cólico hepático va acompañado de síntomas de colapso cardíaco, con pulso frecuente, pequeño, irregular, hipotensión arterial y amagos de síncope.

Una vez terminada la crisis de cólico hepático, aunque sea sin ictericia, es preciso, no obstante, vigilar muy de cerca al litiásico en cuanto al régimen y á la higiene, teniendo presente que los paroxismos proceden muchas veces por sucesivas reiteraciones. El *régimen lácteo* deberá continuar, si es posible, durante varios días.

V

Tratamiento de la obstrucción y de la infección biliares

Todo lo que precede se refiere tan sólo al tratamiento de la litíasis biliar bajo sus formas clínicas más sencillas, cuando no interviene ninguna de las dos frecuentes complicaciones: la *obstrucción biliar* ó la *infección biliar*.

Tan pronto como entran en juego estos dos procesos, juntos ó aislados, la situación cambia por completo, y aparecen nuevas indicaciones, que según los casos exigen *terapéutica médica* ó *terapéutica quirúrgica*.

Aquí encontraremos muchas cuestiones no resueltas, pues la cirugía de las vías biliares está todavía en pleno período de estudio. No obstante, se han obtenido ya magníficos resultados, curándose hoy muchos enfermos ante los cuales habríamos quedado sin recurso terapéutico pocos años atrás.

La *retención biliar* es un accidente normal de la migración calculosa, y corresponde á la progresión del colelito en el colédoco. En los casos no complicados, esta progresión tiene lugar en un tiempo que puede variar desde algunas horas hasta algunos días; la ictericia por retención es sólo pasajera, y no suscita indicación terapéutica alguna.

Pero con frecuencia no ocurre lo mismo, bien porque el cálculo sea demasiado voluminoso, bien porque la superficie del mismo sea irregular y rugosa, ó bien que, por una especie de inercia, á la contracción refleja de expulsión le falte la suficiente energía; el colelito se detiene y se enclava en un punto del colédoco y la circulación biliar queda interrumpida.

Desde aquel momento, aparece el síndrome de la retención biliar prolongada ó crónica por obstrucción calculosa, y la situación clínica preséntase llena de incertidumbres.

Efectivamente, ningún signo permite saber en qué punto del colédoco se detiene el cálculo, ni si permanece inmóvil ó si continúa progresando lentamente. Todo lo que sabemos, por los datos que ha proporcionado la cirugía, es que muchas veces el enclavamiento calculoso tiene lugar en el origen ó en la parte subduodenal del colédoco; según Jourdan (1), en 32 coledocotomías entre 44, los cálculos encontrados se hallaban situados por encima del duodeno.

Resulta, por lo mismo, casi imposible pronosticar la duración probable de una obstrucción calculosa del colédoco, de donde se origina una gran dificultad igualmente para precisar el momento en que debe ser aconsejada la *intervención quirúrgica*.

Ésta, á mi ver, no debe ser ni precoz ni demasiado tardía, es decir, que no se debe dejar tiempo á los accidentes secundarios graves para producirse, y, por otra parte, no se debe abrir el vientre sino cuando está demostrada la improbabilidad de la curación espontánea.

A. — TRATAMIENTO MÉDICO

Un enfermo está afecto hace un mes de ictericia calculosa; sufre poco ó nada; su estado general no se ha alterado, no ha enflaquecido, se alimenta bien, no ha tenido nunca fiebre ni escalofríos; no se percibe la vejiga dilatada. En estas condiciones, nada apremia; se puede aguardar, esperando todavía una curación natural. Se prescribirá el *reposo,* los *baños prolongados,* el *régimen lácteo* integral ó cuando menos parcial; una *cura hidromineral* si la estación lo permite, y sinó la administra-

(1) M. Jourdan.— *De la cholédocotomie.* Tesis de París, 1895.

ción alternada de agua mineral á domicilio y del *benzoato* ó *salicilato de sosa*.

Al mismo tiempo se prescribirá la antisepsis intestinal por el *betol* ó el *benzonaftol;* se administrará de vez en cuando un ligero *purgante*. Es preciso saber á este propósito que, según las investigaciones de E. Stadelmann (1), no todos los purgantes obran de igual manera en los individuos en estado de retención biliar completa. El *podofilino*, las resinas de *jalapa* y de *escamonea*, la *convolvulina*, el *ruibarbo*, no ejercen acción alguna ó bien muy escasa. Los *calomelanos*, el *áloes*, la *gomaguta* y el *sen* conservan su eficacia.

Por lo demás, estas investigaciones de Stadelmann tienen más interés teórico que práctico. Se practican en perros con fístula biliar externa y resección del colédoco, por consiguiente, en condiciones muy diferentes de las de la obstrucción calculosa del colédoco. Sólo tienen valor con respecto al efecto *purgante*, pero no puede prescindirse del efecto *colagogo* concomitante. Finalmente, las substancias empleadas no son precisamente las que deben usarse en las ictericias litiásicas, si se exceptúan los calomelanos. Las *sales purgantes neutras*, que Stadelmann no ha experimentado, conservan toda su eficacia en la ictericia calculosa, y me parece que á ellas debe darse la preferencia.

Pero, volviendo al caso supuesto de nuestro enfermo, si al cabo de unos dos meses de obstrucción del colédoco permanece igualmente ictérico, si enflaquece, pierde las fuerzas, se caquectiza, las indicaciones terapéuticas cambian, se aproxima el momento de la intervención quirúrgica.

Por más que resulta difícil y siempre un tanto artificial el formular una regla general, no obstante, paréceme que entre el segundo y tercer mes de la ictericia calculosa es cuando hay que aconsejar la intervención quirúrgica. Una vez transcurrido el tercer mes, sería ya peligroso aguardar; precisa intervenir.

La *infección biliar*, lo mismo que la retención, según los casos, exige también un tratamiento médico ó una intervención operatoria.

En ciertas formas atenuadas que sólo se traducen por algunos accesos febriles raros que acompañan ó siguen á los cólicos hepáticos, podremos limitarnos á prescribir el *régimen lácteo* y la antisepsia intestinal. El *salol*, á la dosis de 2 ó 3 gramos al día, da á menudo resultados favorables, pero no siempre es bien tolerado, dando lugar muchas veces, como en los hepáticos en general, á la producción de orina negra.

En casos más raros, la infección biliar de los litiásicos puede dar

(1) E. STADELMANN.— *Archiv f. experim. Path. und Pharm.*, 1896, vol. XXXVII, página 352.

lugar á accidentes febriles y tóxicos agudos, análogos á los de la ictericia grave. En tales condiciones, en que sería sumamente peligrosa una gran operación, puede constituir un precioso recurso la medicación por los baños fríos, que ha dado buenos resultados á H. Mollière.

Quedan, finalmente, los casos en que se hace necesaria la operación; vamos á incluirlos todos en un estudio de conjunto acerca las indicaciones quirúrgicas en el tratamiento de la litíasis biliar.

B. — INDICACIONES QUIRÚRGICAS EN EL TRATAMIENTO DE LA LITÍASIS BILIAR

Las *indicaciones operatorias* en el tratamiento de la colelitíasis pueden deducirse de tres síntomas principales: el *dolor*, la *retención biliar*, la *infección biliar*.

1.° Ciertos enfermos, por más que se haga, se ven atormentados de crisis tan repetidas de cólico hepático, que se les hace intolerable la existencia, y su estado general resulta seriamente comprometido. En tales casos, no hay que vacilar en aconsejar una laparotomía exploradora. Se explorará la vejiga y el conducto cístico; si se encuentran cálculos, se hará su extracción; la vejiga incindida será suturada ó resecada, ó mejor suturada á la pared, según las indicaciones individuales en cada caso (1).

Si la bilis es aséptica, la fístula biliar externa se cura en general con bastante facilidad, á veces después de la ulterior evacuación de nuevos cálculos.

Por lo demás, cabe que durante la operación no se encuentren los cálculos que se esperaba, y que los dolores reconozcan por causa adherencias inflamatorias pericísticas. La liberación de la vejiga, por la prudente rotura de dichas adherencias, puede determinar la curación.

Las intervenciones en la vejiga son relativamente de escasa gravedad; en 23 cisticotomías practicadas de seis años acá, Kehr no ha tenido defunción ninguna, no habiendo perdido más que un enfermo en 21 cistectomías.

2.° La *obliteración calculosa* del colédoco exige, según hemos visto, una intervención, desde el momento en que, á pesar del trata-

(1) Consúltense, por todo cuanto se refiere á la cirugía de las vías biliares, los trabajos clásicos de M. Terrier, la discusión reciente en la *Sociedad de Cirugía*, Junio y Julio de 1896, las actas del 25.° *Congreso de la Sociedad Alemana de Cirugía*, Mayo de 1896.

miento médico, la ictericia se prolonga más de dos ó tres meses, se altera la nutrición general, ó bien aparecen accidentes infecciosos.

Entonces la operación de elección es la *coledocotomía*, pero no conviene se nos oculte su verdadera gravedad. Según Kehr, en 82 casos publicados, y aun deduciendo de la estadística aquellos casos en los cuales no es la operación la responsable de la muerte, la mortalidad se eleva á un 25 por 100.

Una laparotomía exploradora permitirá, ante todo, explorar el conjunto de las vías biliares y en particular el colédoco. Como la sutura del colédoco se rompe muchas veces al cabo de dos ó tres días, será bueno seguir el precepto de Quénu, de establecer un drenaje externo preventivo. La fístula biliar cutánea, cuando no existe proceso infeccioso, se cura con bastante rapidez, una vez se han hecho permeables las vías biliares.

Aunque no podemos señalar aquí todas las dificultades técnicas de la coledocotomía, recordaremos que nunca se tiene la seguridad de haber podido sacar todos los colelitos. Es frecuente ver eliminarse por la fístula nuevos cálculos en los días siguientes á la operación, á veces después de reoclusión transitoria del colédoco.

3.° La *infección biliar*, desde el punto de vista quirúrgico, ó está localizada en las vías extrahepáticas ó bien se presenta más ó menos generalizada, sin que se pueda muchas veces, por medio del examen clínico, fijar la mayor ó menor extensión del proceso infeccioso.

Si los síntomas locales permiten diagnosticar una colecistitis supurada de origen calculoso, la indicación es terminante; es preciso abrir la vejiga y suturarla á la pared, después de la evacuación tan completa como se pueda de los colelitos.

Pero aun cuando no exista colecistitis apreciable, si se notan accidentes infecciosos de origen litiásico, y si éstos resisten al tratamiento médico ó se agravan, la indicación continúa siendo la misma, y la colecistotomía sigue siendo la operación de elección.

Además de la ventaja de la extracción posible de los cálculos, esta intervención suprime toda retención biliar, elimina al exterior la bilis infectada, obra, por decirlo así, como una válvula de seguridad sobre el proceso piógeno.

Por lo demás, no toda bilis infectada está mezclada con pus, de ahí la absoluta necesidad, formulada por Terrier, del examen bacteriológico en toda intervención quirúrgica sobre las vías biliares.

El mismo autor ha demostrado que una bilis infectada sigue siéndolo durante mucho tiempo, y que un enfermo, en buen estado mientras se

conserva su fístula biliar, muchas veces se ve atacado de accidentes infecciosos cuando se procede á la supresión de la fístula.

La evolución de las fístulas biliares cutáneas parece, pues, diferente en estos dos casos; si la bilis es aséptica, la fístula tiende de por sí á la curación, y se cierra, en general, con bastante rapidez y sin accidentes; su oclusión es lenta, por el contrario, y va á menudo acompañada de accidentes angiocolíticos, si la bilis está infectada.

En esta segunda alternativa, podría resultar indicada una nueva intervención si la excesiva pérdida de bilis constituye una causa caquectizante para el enfermo; el cirujano establecerá una anastomosis secundaria de la vejiga con el duodeno ó el colon transverso.

Recordaremos de nuevo que, sean cuales fueren las circunstancias, nunca habrá inconveniente en practicar una laparotomía exploradora. Con frecuencia sólo ella permitirá un diagnóstico exacto del sitio y grado de las lesiones. Curiosos ejemplos han patentizado además que á veces la desaparición de una ictericia crónica ó de accidentes biliosépticos podían ser la inesperada consecuencia de una simple laparotomía, aun cuando, una vez abierto el vientre, no se había encontrado el cálculo que se esperaba. En uno de mis enfermos operado por P. Delbet, por razón de unos accidentes de infección biliar sumamente graves, el hígado era muy voluminoso, rojo violáceo, acribillado en su superficie de abscesos angiocolíticos miliares. Después de una sencilla laparotomía, y contra todo lo que se esperaba, obtúvose una curación completa y rápida.

Debo añadir que la curación operatoria de la colelitíasis no pone á cubierto de una recidiva á veces rápida de los accidentes. En un enfermo operado por Ricard, ví al cabo de seis ú ocho meses reproducirse cólicos hepáticos graves con infección biliar.

VI

Tratamiento de las complicaciones

La evolución clínica de la litíasis biliar puede quedar modificada por numerosas complicaciones, resultantes ora del enclavamiento calculoso, ora de propagaciones infecciosas de la proximidad, ora de migraciones anormales de colelitos. De ellas se deducen nuevas indicaciones terapéuticas.

A.—CIRROSIS CALCULOSA

La cirrosis calculosa es una cirrosis portobiliar, con hígado liso, duro, algo aumentado de volumen; va acompañada de ictericia crónica, de paroxismos dolorosos, y muchas veces febriles, á veces de perihepatitis y de ligera ascitis.

A la medicación láctea y la antisepsia intestinal, casi puede reducirse toda la terapéutica interna. Pero el verdadero tratamiento debe ser ante todo *preventivo*. No debemos permitir que una obstrucción calculosa del colédoco se prolongue tanto tiempo que llegue á provocar una cirrosis secundaria. El tratamiento médico ante todo, y luego, si es del caso, la intervención quirúrgica, deben restablecer á tiempo la permeabilidad del conducto biliar.

B.—PILEFLEBITIS

La pileflebitis, ya sea adhesiva, ya, lo que es más común, supurada, puede suceder á una periangiocolitis que comience á nivel del punto donde se detuvo el cálculo. Es una de las complicaciones más graves, poco accesible á nuestros medios de acción, y que se logra mejor prevenir que curar.

La intervención quirúrgica estará, por el contrario, indicada en los *abscesos subfrénicos* derechos, en las *pioperihepatitis*, debidos á la irradiación del proceso supurativo alrededor de los conductos biliares inflamados ó de las colecistitis flemonosas.

C.—MIGRACIONES ANÓMALAS

Quedan las migraciones anómalas de los colelitos; las cuales pueden exigir intervenciones operatorias de urgencia.

La *rotura*, traumática ó espontánea, de la vejiga ó de las vías biliares acarrea, por poco infectada que esté la bilis, una peritonitis difusa peraguda, y más raras veces una peritonitis circunscrita. La laparotomía con establecimiento de un drenaje externo viene á constituir aquí el supremo recurso.

Las *fístulas biliares cutáneas* constituyen una pésima manera de curación natural, en el sentido de que la dehiscencia externa tiene lugar casi siempre por un trayecto estrecho, irregular, sinuoso, que difícilmente permite la eliminación completa de los colelitos y expone á las infecciones secundarias por el conducto fistuloso.

Si sabemos ó podemos intervenir de un modo conveniente y en tiempo oportuno, no llegaremos á observar casos de esta naturaleza.

Las *fístulas gastro-intestinales* no sugieren de por sí indicaciones operatorias. Exigen tan sólo una vigilancia muy atenta y la práctica metódica de la antisepsia intestinal.

Pero la presencia del cálculo en el intestino, por poco voluminoso que sea, se convierte en causa relativamente frecuente de obstrucción intestinal. Courvoisier, y luego Dagrón, han reunido 140 casos, á los cuales han venido á sumarse otros más adelante. L. Galliard (1), en 1895, evaluaba el número total en 225.

Los colelitos pueden detenerse hasta cerca del duodeno, pero las más de las veces se fijan en la última porción del ileon, casi, ó á nivel de la válvula de Bauhin, ó en la S ilíaca ó bien hasta el recto.

El volumen del cálculo constituye, como es natural, el primer elemento de la obstrucción intestinal. Pero no es el único; ciertos colelitos poco voluminosos, insuficientes de por sí para obstruir la luz del intestino, pueden por su acción de contacto provocar un espasmo reflejo obliterante. El intestino se contrae sobre el cálculo, forma por encima y por debajo del mismo como un verdadero esfínter, que impide el avance ó el retroceso del cuerpo extraño (Thiriar).

No existe, por lo tanto, relación directa entre la gravedad de los accidentes y el volumen del cálculo enclavado.

Aunque no podemos entrar aquí en la historia clínica detallada de las obstrucciones intestinales calculosas, indicaremos la marcha por regla general lenta de los accidentes, la importancia de los antecedentes litiásicos, la necesidad, en la mayoría de los casos, de la laparotomía exploradora para establecer ó confirmar un diagnóstico siempre incierto, y sin embargo, nunca bastante precoz; de todo esto depende el éxito de la intervención quirúrgica.

Si hay alguna razón para sospechar una obstrucción calculosa del intestino, es preciso abstenerse de todo cuanto pudiese provocar ó exagerar el espasmo del ileon; no purgar al enfermo (Galliard), evitar todo masaje del abdomen. Si los dolores son intensos, calmarlos con una inyección de *morfina;* ganar tiempo, vigilando muy de cerca los accidentes: intervenir no bien se confirmen ó tiendan á agravarse los síntomas de la obstrucción.

Los primeros resultados operatorios obtenidos no fueron satisfactorios, pero, según hace notar muy bien L. Galliard, mejoran de cada día; desde 1891 la mortalidad ya no excede de 33 por 100. Demasiado ele-

(1) L. Galliard.—*De l'iléus par calculs biliaires (Presse médicale,* 1895, pág. 185).

vada es todavía esta cifra, que á buen seguro harán descender los progresos de la cirugía intestinal y la práctica más precoz de las intervenciones.

No conviene, pues, perder de vista cuán numerosas y urgentes son las indicaciones operatorias en el curso de los accidentes tan variados, tan complejos, y con frecuencia tan graves de la litíasis biliar. Distamos mucho todavía de haberlos revisado todos; hanse observado muchos otros excepcionales, como las estenosis del píloro adherente á la vejiga calculosa (1).

No son en estos casos menos importantes que en los antes citados el papel y la intervención del médico; á él incumbe prevenir, por la higiene y el régimen, la aparición de la colelitíasis; tratar las formas regulares y no complicadas; impedir ó suprimir los accidentes de infección ó de retención biliar en sus comienzos; á él finalmente toca conocer, y si á mano viene precisar, el momento del acto operatorio, para hacer intervenir al cirujano á tiempo y en condiciones favorables.

(1) Bouveret.—*Revue de médecine*, Enero de 1896.

CAPITULO LI

TRATAMIENTO DE LA PERITONITIS AGUDA

POR

P. HAUSHALTER

Profesor agregado á la Facultad de Nancy

TRADUCCIÓN DEL DR. D. J. BLANC Y BENET

I

Consideraciones generales

La peritonitis aguda está siempre bajo la dependencia de un agente infeccioso y de los venenos que éste segrega. Puede ser consecutiva á una afección local, á una lesión de origen traumático que pone en comunicación el peritoneo con el exterior, á una herida intestinal, á una perforación del intestino por ulceración ó por gangrena, que permite el derrame del contenido intestinal en la cavidad peritoneal, á una rotura espontánea ó traumática de un absceso abdominal. Puede finalmente ser el resultado de una infección por la vía sanguínea.

La inflamación aguda del peritoneo, seca primitivamente, conduce las más veces, cuando la enfermedad dura varios días, á la formación de falsas membranas y de un exudado seroso, purulento ó seropurulento más ó menos abundante.

Los agentes microbianos de la peritonitis aguda son de ordinario los *estreptococos,* los *estafilococos*, los *colibacilos*, el *pneumococo (peritonitis sépticas).* Ciertas peritonitis son causadas por los *microbios de la putrefacción;* estas especies saprógenas proceden, ya del intestino á consecuencia de perforación, ya del exterior; existen solos ó van asociados á los microbios piógenos *(peritonitis pútridas)*. En la peritonitis séptica, la inflamación va generalmente acompañada de la formación bastante abundante de pus; en la peritonitis pútrida, puede faltar el pus: los micro-

organismos procedentes del intestino ó del exterior descomponen los líquidos derramados en el peritoneo ó segregados por él, y lo transforman en una sanies fétida.

Clínicamente, se pueden dividir las peritonitis agudas generalizadas en *peritonitis agudas francas*, *peritonitis subagudas* y *peritonitis latentes*.

Las *peritonitis agudas francas* ofrecen un comienzo brusco; junto con el dolor aparecen rápidamente los vómitos, el hipo, el meteorismo, los trastornos circulatorios; la muerte sobreviene de ordinario del cuarto al sexto día en el coma.

En las *formas subagudas* el dolor es más moderado, los vómitos son raros; el meteorismo, la constipación ó la diarrea son los síntomas más dominantes; el derrame purulento es en estos casos bastante abundante.

En la *peritonitis latente*, el dolor es casi nulo, los vómitos son excepcionales, la temperatura es poco elevada; obsérvase timpanismo, constipación y diarrea; los líquidos segregados en el peritoneo son de ordinario abundantes, y el estado general es muy malo.

Pueden distinguirse además las peritonitis agudas, según sean *secundarias á una infección local*, constituyendo de este modo, á lo menos en sus comienzos, una afección local, ó según sean el *resultado de una septicemia anterior;* en este último caso, son muchas veces insidiosas, latentes.

Pueden distinguirse según sucedan ó no á una perforación intestinal. La *peritonitis sin perforación* corresponde etiológicamente á la peritonitis séptica y clínicamente al tipo de la peritonitis aguda franca. La *peritonitis por perforación* algunas veces es etiológicamente peritonitis pútrida; presenta distinto aspecto según que sobrevenga en un individuo en plena salud ó en un enfermo; en el primer caso, comienza bruscamente por los síntomas de la peritonitis aguda ó peraguda, que suceden á los de la perforación; en el segundo caso, toma muchas veces la forma de la peritonitis latente.

La peritonitis por perforación puede ser supurada, difusa; puede ser generalizada, con focos múltiples enquistados; puede existir casi sin lesiones, con falsas membranas muy raras, sin exudación líquida; tal es la septicemia peritoneal, la intoxicación peritoneal (Jalaguier), capaz de matar en doce ó veinticuatro horas. Entre la septicemia peritoneal y la peritonitis localizada circunscrita, verdadero absceso intraperitoneal, existen por lo demás toda una serie de variedades intermedias.

Es difícil crear desde el punto de vista anatómico, sintomático, diag-

nóstico ó pronóstico, tipos bien determinados basándose en los datos de la bacteriología: la peritonitis por pneumococos, á lo menos en su forma primitiva, es la única que parece ofrecer algunos caracteres propios que la distinguen de la peritonitis por perforación, con la cual presenta algunos rasgos de semejanza (1).

La peritonitis aguda generalizada, abandonada á sí misma, de ordinario, si no siempre, es mortal; la curación sólo tiene lugar en las formas de mediana intensidad, secas, adhesivas. En los casos de peritonitis con derrame, la curación no sobreviene sino por la formación de un absceso enquistado que se abre ya en el intestino, ya al exterior, ó bien por el tratamiento quirúrgico: por lo demás, muchas peritonitis supuradas, que se toman por generalizadas, no son sino peritonitis circunscritas de vasto foco.

Los síntomas de la peritonitis aguda, de orden reflejo, séptico ó infeccioso, hallan la razón de su extrema gravedad en la riqueza del abdomen en plexos nerviosos, en la vasta extensión de la serosa capaz de reabsorber los venenos fabricados por los agentes patógenos de la enfermedad ó producidos por la descomposición de los líquidos patológicos.

II

Tratamiento de la peritonitis aguda generalizada

A. — TRATAMIENTO PREVENTIVO

En todos los casos en que existe una lesión abdominal (apendicitis, colecistitis, úlcera gástrica, etc.), capaz de dar lugar á la infección peritoneal, el enfermo debe ser colocado en todas las condiciones capaces de evitar roturas que, provocando la salida de pus ó de materias fecales en el peritoneo, podrían determinar la peritonitis: el reposo absoluto, y en ciertos casos la inmovilización del intestino obtenido por medio de los *opiados* y la aplicación de *hielo* en el abdomen, la *dieta* absoluta, ó láctea, el tratamiento médico habitual de las afecciones locales que exponen á la contaminación de la serosa peritoneal, y, según las indicaciones y en tiempo oportuno, las intervenciones quirúrgicas necesarias, podrán evitar la inflamación del peritoneo.

(1) CASSART.—*De la péritonite à pneumocoques*, 1896.

B. — TRATAMIENTO DE LA PERITONITIS DECLARADA

Cuando se ha declarado la peritonitis, pueden entrar en juego dos maneras de tratamiento; el *tratamiento médico*, único á que se recurría todavía hace pocos años, y el *quirúrgico*, cuya necesidad se impone actualmente en muchos casos.

1.° Tratamiento médico

Por más que ante una peritonitis aguda generalizada el tratamiento médico debe ser considerado como ineficaz, no debe ser descuidado mientras dura la fase de incertidumbre, más ó menos larga, durante la cual el diagnóstico de la peritonitis no queda confirmado del todo; está igualmente indicado cuando los accidentes peritoneales parecen depender de un peritonismo sintomático de una peritonitis localizada en sus comienzos.

En la peritonitis aguda, los esfuerzos deben tender á conseguir la limitación del proceso y, si es posible, á la resolución.

A. — La primera indicación que cumplir es el *reposo absoluto* en el decúbito dorsal. El enfermo, sometido á una vigilancia continua, debe ser sustraído á todo choque, á todo movimiento; los cambios de sitio que resulten indispensables serán practicados por personas experimentadas y de la manera más limitada y más suave. La palpación y la percusión del abdomen deben hacerse tan ligeras, tan breves y tan escasamente como sea posible.

Hasta en caso de constipación, deben estar prohibidos los *purgantes:* pues provocando contracciones intestinales, en los comienzos de la inflamación, dan por resultado la generalización del proceso, provocando una sucesión de inoculaciones producidas por los movimientos del intestino que extienden los productos sépticos, algunas veces limitados por adherencias laxas.

La *inmovilización del intestino* constituye una indicación urgente, precisamente para evitar la extensión de la inflamación: podrá obtenerse por medio del *opio* ó de sus derivados, administrado ya por la boca, ya por el recto, ó ya por el tejido celular subcutáneo. Por la vía bucal, se da, cada dos horas poco más ó menos, en forma de píldoras de *extracto de opio* (hasta llegar á $0^{gr},20$ ó $0^{gr},25$ en las veinticuatro horas), ó bien en forma de *gotas negras* ó de *láudano* de Rousseau ó de Sydenham; por la vía rectal, bajo la forma de enemas con adición de láudano ó de opio. En caso de vómito, en vez de la vía bucal, conviene optar por las

inyecciones subcutáneas de sales de morfina á dosis que varía para las veinticuatro horas, según la tolerancia de los individuos, desde 0gr,01 á 0gr,15, inyectadas con intervalos más ó menos cortos; cuando se quiera obrar contra el vómito, podráse por excepción asociar la morfina con la *atropina*. En la peritonitis aumenta relativamente la tolerancia para con el opio; la contracción de las pupilas indica generalmente el comienzo de la intoxicación; en este caso, hay que alargar el intervalo entre las dosis. Debe seguirse administrando el opio mientras persistan los síntomas peritoneales.

Durante todo el tiempo de la administración del opio, hay que esforzarse, excepto en caso de vómito, en obtener una relativa antisepsia intestinal por medio del *benzonaftol* ó del *salol*.

En caso de constipación muy pertinaz provocada, ya sea por la atonía de las paredes intestinales, ya por la acción del opio, se intentará provocar una evacuación cada tres días poco más ó menos por medio de *enemas* suaves.

Cuando es considerable el meteorismo hasta el punto de inspirar temor de asfixia, algunos autores recomiendan la punción del intestino con trócares muy finos ó con agujas aspiradoras; pero esta maniobra peligrosa debe ser rechazada, ya que puede determinar la irrupción del contenido intestinal en la cavidad peritoneal, viniendo entonces á complicar el proceso peritoneal con fenómenos pútridos. Para extraer los gases debe preferirse la introducción en el recto de un *grueso tubo* (sonda uretral de gran calibre, ó sonda esofágica). Los *enemas helados* dan también algunas veces buenos resultados en el meteorismo exagerado.

B. — Contra los vómitos y el hipo está también indicada la *morfina;* al mismo tiempo se recurrre al *hielo machacado* que chupa el enfermo sin tragarlo ó bien tragando pequeños pedazos, ó bien se apela alternativamente al agua helada, á las bebidas *alcoholizadas*, frías ó heladas, tomados pequeños sorbos á la vez (una cucharada grande cada cuarto de hora ó media hora); estas bebidas son también muy apropiadas para calmar la sed, de ordinario muy viva. Es preciso evitar el abuso y hasta á veces el simple uso de bebidas gaseosas, que aumentan algunas veces el timpanismo.

Si, á pesar de todo, persisten los vómitos, ó bien si no basta la vía bucal para calmar la sed, es preciso utilizar el recto como vía de absorción de los líquidos, dando tres veces al día un enema de 150 gramos de agua con adición de opio ó de láudano.

La *dieta,* exigida muchas veces por la intolerancia gástrica, está también en parte indicada por la necesidad que hay de evitar todo tra-

bajo de los intestinos; sin embargo, no debe ser exagerada. Cuando faltan los vómitos ó son muy moderados, se darán por la vía bucal á pequeñas dosis, con intervalos de cuatro á ocho horas, algunos *alimentos líquidos helados* (caldo, leche con adición de agua gaseosa ó de alcohol, jaleas de carne); cuando los vómitos son continuos, debe verificarse la alimentación por la vía rectal mediante pequeños enemas nutritivos peptonizados; por lo demás, podrán utilizarse alternativamente la vía bucal y la rectal.

C. — Los atroces dolores de la peritonitis se atenuarán con las *inyecciones de morfina;* podrá combinarse su acción con la de las aplicaciones emolientes narcóticas, *cataplasmas laudanizadas* ó *belladonadas, linimentos clorofórmicos.* Los *baños calientes* prolongados pueden determinar un positivo efecto calmante sobre los dolores y los fenómenos nerviosos, pero tienen el inconveniente de que exigen cambios de posición y movimientos; así es que el traslado del enfermo á la bañera, en caso de haberse creído útil, debe hacerse rodeándose de toda suerte de precauciones; puede hacerse uso de la bañera de doble fondo movible. El *colodión elástico,* extendido sobre todo el abdomen, ejerce algunas veces una acción sedante sobre el dolor; puede ejercer también una acción favorable sobre el meteorismo, oponiéndose á la distensión exagerada del intestino; por lo mismo puede prevenir los accidentes de la paresia intestinal, en particular la constipación; pero hay que rechazar su empleo en la mayoría de los casos, por cuanto, en el momento que se juzgue urgente la intervención quirúrgica, el operador necesita encontrar la pared abdominal tan limpia é intacta como sea posible.

D. — Contra el colapso cardíaco y la algidez, se hará uso de los medios habitualmente empleados en tales casos: inyecciones subcutáneas de *éter,* de *cafeína;* inyecciones compactas de *suero artificial,* ya por la vía intravenosa, ya por la hipodérmica; *inhalaciones de oxígeno,* botellas de agua caliente, fricciones estimulantes, *sinapismos* en las extremidades, etc.

E. — Todos los medios de orden médico hasta aquí indicados van dirigidos contra los principales síntomas de la peritonitis; contra el mismo proceso inflamatorio se emplean medios que tienden á atenuar y circunscribir la inflamación de la serosa: tales son las emisiones sanguíneas, la revulsión y la aplicación del frío.

La *revulsión cruenta* practicada en la pared abdominal puede obtenerse por medio de *ventosas escarificadas* ó de *sanguijuelas.* Las ventosas escarificadas, muy dolorosas por razón del peso del vaso y de la tracción que ejercen en la piel del abdomen, deben ser desechadas. Sería preferible la aplicación de sanguijuelas, en número de 20 ó 30 en el

punto del dolor, debiendo regularse la cantidad de sangre á extraer por la resistencia del individuo. Las emisiones sanguíneas locales hallan principalmente su indicación en las peritonitis secas parciales de curso subagudo.

Los *revulsivos*, aplicados en una grande extensión del abdomen, han gozado en otro tiempo de gran predicamento. El *vejigatorio* debe ser rechazado de un modo absoluto, por razón de los dolores y de las heridas que provoca. Las aplicaciones de *esencia de trementina* han tenido su temporada de boga; se cubría enteramente el abdomen con una franela empapada de esencia de trementina y todo ello de un tafetán engomado; producíase una rubefacción intensa y un vivo dolor; cuando éste era muy fuerte se retiraba el tafetán. Cierta analogía con el medio anterior tienen las fricciones en el abdomen con el *ungüento mercurial* simple ó *belladonado*, repitiendo la unción dos ó tres veces en las veinticuatro horas, y cubriendo acto continuo el abdomen con una cataplasma de harina de linaza, mantenida caliente y húmeda con una hoja de tafetán engomado; para evitar las complicaciones de la estomatitis mercurial se administra simultáneamente el *clorato de potasa* al interior. El ungüento mercurial solía antiguamente venir después de la aplicación de sanguijuelas cuya acción antiflogística continuaba.

La revulsión obtenida por las *ventosas* y los agentes revulsivos, además de ser de una muy dudosa eficacia en la peritonitis generalizada, ofrece el grave inconveniente de alterar los tegumentos del abdomen, lo cual, en caso de intervención quirúrgica, puede ser origen de muchos inconvenientes; así es que conviene preferir sin vacilar á la revulsión la aplicación de hielo sobre la pared abdominal.

La *aplicación de hielo* tiene la ventaja no sólo de disminuir la hiperemia inflamatoria de los vasos peritoneales, sino que al moderar también la excitabilidad nerviosa de la serosa, atenúa la viveza del dolor y la intensidad de los reflejos, y condensando los gases del intestino, modera el timpanismo. El hielo, contenido en un saco de caucho suspendido de un aro, debe ser aplicado de un modo continuo, á fin de evitar la reacción congestiva que se produce cuando se deja un intervalo demasiado prolongado entre dos aplicaciones; se mantendrá, si es preciso, durante muchos días; puede momentáneamente ser reemplazado por compresas enfriadas por el *estipage* (1). En los individuos de piel sensible en los que el frío tiene tendencia á provocar trastornos tróficos cutáneos, hay que interponer un lienzo fino entre el saco de hielo y la piel.

(1) Procedimiento de aplicación del frío por medio de tapones ó compresas mojadas en cloruro de metilo —(N. del T.).

Como el hielo unido al opio calma el dolor y disminuye los vómitos y el hipo, inspira algunas veces una engañosa seguridad, pues la peritonitis puede progresar insidiosamente en ausencia de estos síntomas; así, para evitar cualquiera sorpresa, debe vigilarse atentamente el estado del pulso y de la circulación, el de la temperatura y el del abdomen.

El hielo, contraindicado en todos los casos de colapso álgido, debe quedar reservado principalmente para los comienzos y el período de estado de la enfermedad.

2.° Tratamiento quirúrgico

Al considerar la suma gravedad de la perotinitis aguda generalizada y la incertidumbre, si no la impotencia, de los medios medicamentosos, en vista de los muchos éxitos obtenidos, ya por el tratamiento quirúrgico, que suprime el exudado séptico y el germen infeccioso, hay que preguntarse actualmente si no convendría reservar decididamente sólo para las formas desesperadas, inciertas ó muy benignas de la enfermedad, el tratamiento médico y reemplazarlo categóricamente por una intervención activa, practicada sin tergiversación, y sin conceder un plazo á ineficaces tentativas. No es de nuestra incumbencia referir la historia del tratamiento operatorio de las peritonitis agudas, ni discutir sus indicaciones; á los cirujanos debemos dejar el cuidado de decidir esta cuestión, sobre la cual por lo demás reina todavía alguna incertidumbre, que en parte se explica por la relativa pobreza de documentos por lo común discrepantes. No hay que olvidar, además, que la peritonitis no es una y que las especies de que se compone no son todavía conocidas en su totalidad.

Pero, si bien es verdad que el tratamiento de la peritonitis aguda generalizada ha pasado en gran parte del dominio de la medicina al de la cirugía, no es lícito al médico desinteresarse del tratamiento operatorio, cuyas indicaciones tócale muchas veces fijar y determinar sin demora su oportunidad.

A.—Formas hay de peritonitis aguda en las cuales parece poco permitida la contemporización; tal es la peritonitis aguda ó peraguda, generalizada *d'emblée,* que viene á consecuencia de *heridas penetrantes del abdomen, de perforaciones ó de roturas traumáticas* del intestino, de la vejiga biliar, de la vejiga de la orina, etc., de la irrupción en el peritoneo del contenido de un *absceso.*

Respecto á la peritonitis por *infección,* por *propagación,* por *perforación espontánea* del estómago, del intestino ó de la vejiga biliar consecutiva á la ulceración ó á la gangrena, dista mucho de estar resuelta la cuestión.

La intervención tiene muy escasas probabilidades de éxito *cuando la lesión peritoneal es la consecuencia y la localización de una enfermedad general* más grave que la misma peritonitis, *cuando la peritonitis es la manifestación de una infección sanguínea anterior* (septicemia puerperal ó quirúrgica, piohemia, séptico-piohemia escarlatinosa, variolosa, etc.). En estas formas eminentemente sépticas, los síntomas de la peritonitis quedan eclipsados por los síntomas de infección y de intoxicación generales. Hay formas que parecen quedar hasta fuera de la acción de la cirugía; son aquellas en que, sea cual fuere su origen, «la infección de la serosa es intensísima y no tiene tiempo de llegar á un proceso supurativo más ó menos circunscrito, en que la septicemia primitiva domina sobre la flegmasía local» (Forgues y Reclus).

En la *peritonitis aguda generalizada, consecutiva á la perforación espontánea, por ulceración ó gangrena del estómago, del intestino, de la vejiga biliar y en la peritonitis generalizada síntoma único ó principal de una infección local*, tal es la peritonitis puerperal, en la cual se hallan en primer término los fenómenos peritoneales secundarios á la inflamación uterina, la laparotomía parece constituir la única probabilidad de éxito: permite evacuar la cavidad peritoneal de los líquidos sépticos, limpiar y desinfectar el peritoneo, suprimir ó hacer inofensiva para la serosa la perforación, causa inicial de los accidentes y drenar la serosa infectada.

Los cirujanos opinan que, en estas formas de peritonitis, la operación debe anticiparse y ser practicada con rapidez. Cuando los accidentes peritoneales vienen consecutivamente á una perforación, generalmente es de regla no intervenir sino después de los síntomas del shock inicial: el colapso inicial será combatido antes de la operación por medio de las *fricciones* estimulantes en las extremidades, las inyecciones de *éter* ó de *cafeína*, las grandes inyecciones de *suero artificial*, las aplicaciones de *calor*. El colapso terminal, si bien no es una contraindicación formal para la operación, no deja ya esperanza alguna en la acción operatoria. En los casos en que se juzga necesaria la intervención, dada la gravedad de la enfermedad, ya no se ha de tener en cuenta la edad del enfermo ni sus taras anteriores.

B.—Antes que llegase la era de la laparotomía, el *diagnóstico* exacto de la peritonitis era de poca importancia, por lo referente al tratamiento médico, el cual podía aplicarse tanto en los casos dudosos como en las formas confirmadas; actualmente, como el diagnóstico de peritonitis generalizada implica muchas veces la intervención operatoria, puede parecer más urgente descubrir á tiempo la peritonitis; pero es preciso añadir que

la laparotomía exploradora, considerada por muchos cirujanos como casi inofensiva, permite algunas veces, en caso de duda entre la peritonitis y el peritonismo, resolver la cuestión y decidir la conducta que debe seguirse.

Cuando sobreviene la peritonitis á consecuencia de una perforación espontánea del estómago, del intestino, etc., en un individuo en plena salud ó en un enfermo, pero cuyo estado general está poco alterado, por ejemplo, en ciertos individuos que sufren de úlceras redondas del estómago, el diagnóstico de ordinario es fácil: á los síntomas de la perforación (shock inicial, colapso, vómitos, dolor abdominal localizado), suceden pronto los síntomas más aparatosos de la peritonitis. Sin embargo, si la peritonitis por perforación en estos casos se distingue bastante rápidamente del cólico hepático, del cólico nefrítico, del cólico de plomo, de ciertos envenenamientos, ó de la estrangulación herniaria, con frecuencia es más difícil distinguirla de la obstrucción intestinal: la desaparición de la macicez hepática y la aparición de macicez en los vacíos es lo que mejor establece la diferencia entre la peritonitis por perforación y la obstrucción.

Cuando la peritonitis por perforación sobreviene en el decurso de una enfermedad que afecta más ó menos profundamente el estado general, los síntomas son de ordinario muy vagos, y el diagnóstico puede quedar dudoso, en un momento en que no debiera ser lícita la vacilación respecto de la elección del tratamiento.

En efecto: no existe signo patognomónico de la peritonitis generalizada: los síntomas atribuídos á ésta pueden presentarse en el peritonismo dependiente de una peritonitis localizada. Además, «si bien es fácil reconocer una peritonitis franca en la cual no falte ninguno de los signos clásicos, no ocurre lo mismo en los casos insidiosos en los cuales los elementos del diagnóstico sólo se fundan en matices» (Le Dentu). En estos casos, en que pueden faltar los vómitos, en que la fiebre es insignificante, en que el vientre es plano ó está retraído, el conocimiento de la peritonitis debe fundarse principalmente en la frecuencia del pulso, coincidiendo con una temperatura normal, en la aceleración del ritmo respiratorio, en la disminución ó supresión de la secreción urinaria, en la rigidez de la pared abdominal, en el enfriamiento de las extremidades, y en la facies especial.

C. — *Según las condiciones que han determinado los fenómenos peritoneales*, la intervención quirúrgica deberá precipitarse más ó menos. En ciertos casos, para conservar las probabilidades de eficacia, deberá practicarse desde los primeros barruntos de peritonitis, tan pronto

como aparezcan el abombamiento del vientre, el dolor abdominal, los vómitos, las heces sanguinolentas, la escasez de orina, la submacicez en las fosas ilíacas. Si se hace precozmente, la laparotomía no hallará, es cierto, algunas veces sino peritonitis localizadas que hacían creer en peritonitis generalizadas; puede ocurrir hasta que no se descubra peritonitis ninguna.

La *supuración generalizada del peritoneo consecutiva á la apendicitis y á la perforación del apéndice ileo-cecal,* sólo en la laparotomía rápidamente ejecutada halla la única probabilidad de salvación. Y aun la curabilidad de la peritonitis generalizada purulenta ó seropurulenta de origen apendicular, es considerada como problemática por muchos autores; por el contrario, la *peritonitis difusa supurada de focos múltiples,* ó la peritonitis supurada extendida á la mitad inferior ó á la mitad derecha del abdomen, es perfectamente curable por la intervención quirúrgica; la *forma tóxica difusa sin supuración* está, por el contrario, generalmente fuera del alcance de los recursos de la cirugía.

Dado que en la apendicitis, existen con frecuencia fenómenos de peritonismo semejantes á los de la peritonitis, algunos autores aconsejan no operar con demasiada premura, antes bien observar si los fenómenos peritoneales se atenúan con el tratamiento médico ó bien se localizan; otros son de parecer de practicar la laparotomía así que predominan los síntomas peritoneales difusos; en los casos muy graves, hasta cuando la lesión peritoneal permanece indecisa, el mejor partido que puede tomarse es la intervención muy precoz. Por lo demás, toda esta cuestión está tan íntimamente relacionada con la actualmente debatida del tratamiento de la apendicitis, que aquí no podemos hacer sino desflorarla en este lugar.

En la *peritonitis por perforación en el decurso de la fiebre tifoidea* (pero todavía, según Dieulafoy (1) no se ha demostrado la peritonitis por propagación en dicha enfermedad), se ha practicado la laparotomía, según una estadística reunida por Lejars, veinticinco veces, seis de ellas con éxito; de estos seis casos de curación en tres se trataba indudablemente de peritonitis difusa con estado general muy grave. Al mismo tiempo que el tratamiento operatorio de la peritonitis se practicó en estos casos el tratamiento operatorio de la perforación; la sutura del intestino puede dar lugar á la cicatrización de la perforación.

La intervención quirúrgica en la peritonitis por perforación en el decurso de la fiebre tifoidea parece, pues, motivada, si bien la historia de la cuestión no se funda en la actualidad sino en un número reducido de observaciones, muchas veces incompletas y desemejantes.

(1) DIEULAFOY.— *Acad. de méd.*, Octubre de 1896.

Desde el punto de vista de esta intervención, la dificultad está en escoger el momento oportuno, é igualmente en diagnosticar la perforación y la peritonitis. De ordinario, la peritonitis tífica comienza insidiosamente con síntomas atenuados; si á las náuseas, á los vómitos, á los dolores abdominales vagos, al timpanismo, fenómenos peritoneales vulgares, sin significación precisa, viene á juntarse el hipo y sobre todo un descenso brusco de temperatura con pulso filiforme, es probable la peritonitis (Dieulafoy); y por más que la peritonitis por perforación en la fiebre tifoidea no sea mortal de necesidad, y pueda algunas veces circunscribirse por medio de adherencias, cabe intentar la intervención quirúrgica cuando se ha fijado debidamente el diagnóstico de peritonitis. Lo que todavía queda por averiguar es si la intervención debe ser precoz ó bien si debe subordinarse á la evolución ulterior de los accidentes peritoneales, si debe aguardarse á que aparezcan síntomas innegables de peritonitis difusa; desde este punto de vista son todavía muy pobres los documentos para que pueda el médico hacerse una opinión fundada respecto del particular.

La laparotomía ha sido practicada diez y ocho veces, según una estadística de Houzé (1), consecutivamente á *peritonitis provocadas por ulceraciones del duodeno;* la curación sólo se obtuvo una vez; pero es preciso añadir que la intervención fué en general tardía, y que la perforación del duodeno, desconocida durante la operación, sólo fué encontrada de ordinario en la autopsia.

Houzé ha reunido 67 casos de laparotomía á consecuencia de *perforación del estómago,* con 20 curaciones (ó sea una mortalidad de 70,2 por 100); Pariser aduce una estadística de 99 casos con 33 curaciones (mortalidad 66,6 por 100). En casi todos los casos se trataba de perforación en el curso de *úlceras del estómago.*

La perforación del estómago da lugar habitualmente á una peritonitis séptica generalizada, frente á la cual queda desarmada la cirugía: en las observaciones estudiadas por Houzé, los operados que sanaron no tenían peritonitis en el momento de la intervención; de las 33 curaciones de la estadística de Pariser, 23 se refieren á individuos operados en las diez ó quince primeras horas que siguieron á los primeros síntomas de la perforación.

Si, por lo referente á la apendicitis, se discute todavía acerca del momento más favorable á la operación, cuando se trata de perforación del estómago, ya no es lícita la tergiversación, pues aquí serían de todo punto excepcionales la localización del proceso inflamatorio y la formación de un absceso enquistado. La intervención debe por lo mismo ser, pues, muy

(1) Houzé.—*Thèse de Paris,* 1896.

precoz; sin embargo, según el parecer de la mayoría de los cirujanos, es prudente dejar pasar el período del shock inicial, el cual debe ser combatido con los medios habituales.

Hase aplicado el tratamiento quirúrgico algunas veces con éxito en peritonitis difusas determinadas por diversas variedades raras de perforación ó de inflamación supurativa de los órganos abdominales, por ulceración aguda perforante del ileon ó del colon, por la rotura de un absceso del hígado en el peritoneo, por la abertura en esta serosa de un quiste supurado del hígado, por ulceración de la vejiga biliar en el curso de la fiebre tifoidea, por colecistitis supurada (Houzé).

Diversas infecciones é intoxicaciones, así como el cáncer, la uremia, etc., pueden determinar ulceraciones profundas del tubo digestivo, capaces de terminar por perforación ó peritonitis agudas, á las cuales podría aplicarse eficazmente el tratamiento quirúrgico; la incertidumbre en que se encuentra el cirujano respecto al sitio de la lesión intestinal, haría evidentemente más delicada la intervención.

En el tratamiento operatorio de la peritonitis aguda, lo primero, una vez establecido el diagnóstico, es muchas veces saber decidir la operación en tiempo oportuno; algunas veces importa saber aguardar; la experiencia parece ser actualmente la más segura guía para el médico como para el cirujano; parece todavía difícil establecer hoy día reglas de conducta precisas y generales.

III

Tratamiento de la peritonitis aguda localizada

La peritonitis circunscrita sucede algunas veces, pero muy excepcionalmente, á la peritonitis aguda generalizada; ordinariamente resulta de un foco de infección local, quedando limitado el proceso inflamatorio por las adherencias establecidas rápidamente alrededor del foco.

La peritonitis parcial en los casos más sencillos se limita á una exudación fibrinosa seguida rápidamente de adherencias de las superficies peritoneales enfermas; otras veces termina por la secreción de un líquido purulento ó seropurulento, englobado en bolsas limitadas por falsas membranas gruesas.

En los casos en que la peritonitis parcial es debida á una alteración del tubo digestivo, los gases se mezclan algunas veces con el contenido del absceso. La peritonitis parcial puede desarrollarse alrededor de los órganos pélvicos en la mujer (pelvi-peritonitis), alrededor del intestino, en

particular del apéndice (peri-apendicitis), de la vejiga, del bazo, del hígado.

Los síntomas de la peritonitis aguda circunscrita no son, por lo general, tan bien caracterizados y tan intensos como los de la peritonitis generalizada; sin embargo, algunas veces existen fenómenos de peritonismo que simulan hasta dar lugar á confusión los signos de la peritonitis aguda; pero la intensidad y la duración de este peritonismo de ordinario son menores. Ciertas formas de peritonitis parcial afectan desde el principio un curso subagudo, ó bien crónico alterado por brotes agudos.

Hablando en general, las indicaciones relativas al tratamiento médico de la peritonitis circunscrita son las mismas que las de la peritonitis generalizada. La *inmovilidad* absoluta es la primera condición que conviene realizar; hay que esforzarse en impedir la generalización inmovilizando el tubo digestivo por el *opio*, y combatir la tendencia á la supuración por medio de la *revulsión* sangrienta local ó por aplicaciones continuas de *hielo*, si la inflamación es francamente aguda. En las formas subagudas ó con tendencia crónica, se recurrirá al *ungüento mercurial*, á las aplicaciones de *puntos de fuego*, de *tintura de yodo*, de *colodión yodado*.

En las formas secas, adhesivas, la inmovilidad y el tratamiento local deberán continuarse mientras persistan los síntomas inflamatorios. Cuando en el foco de peritonitis parcial se manifiesta la supuración, ya sea por los síntomas generales, ya por la presencia de una colección líquida enquistada, está indicada la intervención quirúrgica seguida de lavados y de drenaje.

Las diferentes formas de peritonitis parcial exigen, según su sitio y su origen, cierto número de indicaciones terapéuticas cuyo desarrollo no es de este lugar (pelvi-peritonitis, flemón peri-apendicular, etc.).

CAPÍTULO LII

TRATAMIENTO DE LAS PERITONITIS TUBERCULOSA Y CANCEROSA

POR

P. HAUSHALTER

Profesor agregado de la Facultad de Nancy

TRADUCCIÓN DEL DR. D. JOSÉ BLANC Y BENET

I.—PERITONITIS TUBERCULOSA

I

Consideraciones generales

Ateniéndose á la evolución del tubérculo pueden considerarse tres formas principales de peritonitis tuberculosa: la *forma miliar*, la *ulcerosa* y la *fibrosa*.

De la *forma miliar*, es preciso descartar aquella en la cual la tuberculosis miliar del peritoneo no es más que un episodio de la granulia siempre mortal. La forma miliar, localizada en el peritoneo, va acompañada generalmente de ascitis, que algunas veces es sanguinolenta; los síntomas generales son marcados, la temperatura elevada, el curso de la afección es rápido y el pronóstico de ordinario fatal.

Entre las formas agudas y las crónicas de la tuberculosis peritoneal existen formas ascíticas intermedias y curables de comienzo subagudo, entre las cuales es del caso citar la *forma pleuro-peritoneal*.

La *forma fibrosa* comprende los casos en que el tubérculo ha evolucionado hacia la curación; está caracterizada por un comienzo insidioso, un curso lento, crónico, de ordinario apirético. La forma fibrosa puede dividirse en *forma ascítica generalizada*, en *forma ascítica enquistada* y en *forma fibrosa seca;* la forma fibrosa seca no es generalmente otra cosa que una transformación de la forma ascítica.

En la *forma ulcerosa*, la evolución crónica va acompañada de trastornos digestivos, de fiebre moderada, de una alteración del estado general; las vísceras quedan englobadas por falsas membranas voluminosas y producciones caseosas. Distínguese una *forma seca*, en la cual las asas intestinales quedan reunidas entre sí y á la pared abdominal por gruesas adherencias, englobando en diversos puntos el tejido tuberculoso más ó menos reblandecido, y una *forma supurada* en la cual se fraguan colecciones purulentas en la cavidad peritoneal ó en cavidades secundarias: desde este punto de vista la *peritonitis ulcerosa* se divide en *peritonitis supurada generalizada*, y en *peritonitis supurada circunscrita*, *unilocular* ó *multilocular*.

La peritonitis tuberculosa, considerada durante mucho tiempo como una de las manifestaciones más temibles de la tuberculosis, se tiene, por el contrario, hoy día como una de las más curables, á lo menos en sus formas crónicas, y como una de aquellas que más tendencia muestran á curarse bajo la influencia de medios muy variados. Los ejemplos de curación espontánea de la peritonitis tuberculosa, principalmente en el niño, no son raros.

En el *pronóstico* de la peritonitis tuberculosa, hay que tener en cuenta la *edad del enfermo*, el *estado general*, el *estado de las vísceras* y la *forma de la enfermedad*. La peritonitis tuberculosa en la edad juvenil es con más frecuencia curable, principalmente en sus formas ascíticas; el alcoholismo agrava considerablemente su pronóstico. Este varía mucho según que la evolución tuberculosa esté limitada al peritoneo ó bien localizada en diferentes vísceras, en particular en el intestino. La forma ulcerosa de la enfermedad es la más grave, pues el tubérculo evoluciona hacia el estado caseoso y el reblandecimiento, en vez de terminar por la transformación fibrosa.

La peritonitis tuberculosa en su forma crónica, asimilable á las tuberculosis locales, puede ser tratada por medios médicos y por medios quirúrgicos.

II

Tratamiento

A. — TRATAMIENTO MÉDICO

1.° En la *forma aguda*, el tratamiento, impotente para detener la evolución fatal de la enfermedad, se limita al tratamiento de los síntomas: prescríbese el *reposo*, la dieta *láctea*, la revulsión local por las *sanguijue-*

las, las *ventosas*, las aplicaciones de *hielo;* para calmar el dolor es adecuado el *opio*.

2.° En la *forma crónica*, el tratamiento médico debe ir encaminado al estado general y al estado local; no debe ser descuidado, pues posee en su activo un gran número de curaciones.

1.° Tratamiento general

El enfermo, colocado en un reposo si no absoluto, á lo menos relativo y proporcionado á cada caso, debe someterse á una *severa higiene;* habitará, si es posible, en el campo, en un clima apropiado; en algunos casos estará indicada la aireación permanente, útil por su influencia tónica sobre la nutrición.

La *alimentación* debe ser substancial y en todo caso apropiada al estado de las funciones digestivas; la leche, los huevos, las grasas fácilmente asimilables formarán la base de la misma; cuando lo permita el estado del enfermo, hay que intentar la superalimentación tal como se practica en la tisis. Por lo demás, como en toda tuberculosis, hay que vigilar escrupulosamente el buen funcionalismo del tubo digestivo.

Se recurrirá á los *reconstituyentes* habitualmente empleados, *aceite de hígado de bacalao, fosfatos* é *hipofosfitos*, preparados *arsenicales*, y á los antituberculosos como la *creosota*, el *yodoformo*, el *tanino*, cuidando de suspender el uso de estos medicamentos tan pronto como se manifieste intolerancia por parte del estómago ó del intestino.

2.° Tratamiento local y sintomático

Consiste en la revulsión obtenida por medio de los *puntos de fuego*, de los *vejigatorios* volantes, de la *tintura de yodo*, de las *pomadas mercuriales* aplicadas en las partes en que existe un dolor ó una infiltración localizada. La *tintura de yodo* puede combinarse con la aplicación del *colodión* del modo siguiente: se extiende una capa de tintura de yodo sobre el abdomen; luego, una vez seca, se pasa por encima de ella una coraza de colodión elástico; el colodión da por resultado inmovilizar en parte la pared abdominal y atenuar, por la compresión ejercida, la congestión inflamatoria de la serosa; obra igualmente aumentando los efectos de la revulsión yodada. Las aplicaciones de tintura de yodo y de colodión deben renovarse según el estado de los tegumentos cada ocho ó quince días.

Finalmente, según las circunstancias, se recurre á los medios capaces de remediar los síntomas concomitantes de la peritonitis tuberculosa,

variables por lo demás en cada caso. En caso de constipación, se emplearán únicamente los laxantes: entre ellos, se dará la preferencia al *aceite de ricino* y á los *calomelanos* tomados á dosis fraccionadas; los drásticos, por razón de los trastornos digestivos que muchas veces provocan, deben proscribirse. Si existe diarrea, se procura realizar la antisepsia intestinal por medio del *benzonaftol*, del *salicilato de bismuto* ó del *salol*.

En caso de cólicos ó de dolores abdominales vivos, se hace uso de la *morfina* en inyección, del *láudano* al interior, de las aplicaciones en el abdomen del *ungüento belladonado* ú *opiado* ó de fomentos calientes.

B. — TRATAMIENTO OPERATORIO

1.° Punción simple

La *punción*, que es el tratamiento operatorio más sencillo, está indicada siempre que la peritonitis se acompaña de una *ascitis generalizada* abundante, que no tenga tendencia alguna á retroceder, ya sea espontáneamente ya bajo la influencia de los medios de orden médico; está indicada también en el caso de *ascitis enquistada*.

La evacuación de la ascitis da por resultado la supresión de un líquido tóxico cuya reabsorción puede repercutir de un modo funesto sobre el organismo, y el restablecimiento de las funciones digestivas, respiratorias y circulatorias más ó menos embarazadas por la abundancia del derrame.

La punción, que en todos los casos es *paliativa*, ha parecido algunas veces resultar *curativa*, principalmente en la tuberculosis peritoneal generalizada (Heydenreich). En las formas agudas, tan pronto como las manifestaciones se hayan localizado en el abdomen ó bien en las formas pleuro-peritoneales agudas, la punción puede practicarse con ventaja. En caso de derrame purulento, la punción no tiene ninguna acción curativa: el líquido de ordinario se reproduce.

La punción, al par que un medio de tratamiento, es un procedimiento útil de exploración que permite, después de la evacuación del líquido, la palpación profunda del abdomen.

La punción debe practicarse siguiendo el proceder operatorio y guardando las precauciones antisépticas que se usan para la evacuación de la ascitis.

2.° Punción seguida de lavado de la cavidad peritoneal

El *lavado de la cavidad peritoneal* después de la punción ha sido practicado con éxito en algunos casos, sirviéndose del *agua boricada* inyectada á una temperatura de 39 á 40°.

El líquido de la inyección está contenido en un matraz de cristal de una capacidad de varios litros cerrado con un tapón de caucho con dos tubos; uno de éstos, por su parte inferior desciende hasta el fondo del matraz, y por su parte superior puede ser puesto en comunicación con el trócar por medio de otro tubo de caucho; el segundo tubo de cristal penetra muy poco en el matraz y está unido por medio de un tubo de caucho á una pera destinada á enviar aire al matraz, y á hacer pasar el líquido al tubo largo: todo el aparato, antes de usarlo, ha sido esterilizado en el autoclave. Una vez evacuado el derrame peritoneal, el aparato se pone en comunicación con el trócar, y se hace el lavado y se continúa hasta tanto que el líquido que luego se deja salir aparece incoloro (Debove).

Algunos autores (Cellier) (1), aconsejan el lavado del peritoneo con *agua caliente* (á 46°), cuya aplicación ha sido ya recomendada en el tratamiento de las tuberculosis locales; este lavado puede efectuarse simplemente por medio de un irrigador. Se hacen penetrar en el abdomen 3 ó 4 litros de líquido, que luego se deja salir; se vuelve á comenzar después el lavado hasta que el agua salga clara. En una sesión pueden emplearse 12 ó 14 litros de líquido.

La punción seguida de lavado, por lo demás como la punción simple, no parece que pueda tener éxito sino en las formas con derrame claro considerable, en las cuales la ascitis domina la escena; en las formas supuradas generalizadas ó enquistadas, el lavado no puede ejercer acción alguna sobre las falsas membranas y sobre las masas caseosas; por lo demás el líquido llega con dificultad á ponerse en contacto con ellos, por razón de las adherencias que unen más ó menos á las vísceras. En suma, el lavado parece ser un suplemento con frecuencia inútil de la punción.

3.° Punción seguida de inyecciones modificadoras

Hase intentado la *inyección en el peritoneo de substancias modificadoras* después de la punción, en cierto número de casos.

El *éter yodofórmico*, la *vaselina yodofórmica*, aconsejados por algunos autores, no han sido empleados todavía.

Entre todas las substancias modificadoras, parece que hoy día hay que dar la preferencia al *naftol alcanforado* (Rendu), tan útilmente empleado por otra parte en un gran número de tuberculosis locales; hanse publicado varios casos de peritonitis tuberculosa de forma ascítica en los cuales la instilación de naftol alcanforado en la cavidad peritoneal después de la punción fué seguida de curación. Cuando en el peritoneo no queda ya más

(1) Cellier.—*Thèse de Toulouse*, 1895.

que una cantidad mínima de líquido, se inyecta por la cánula, que se deja aplicada, el contenido de cinco jeringas de Pravaz de naftol alcanforado; una vez retirada la cánula, el orificio se obtura por medio de un poco de algodón aséptico y de colodión, y se deja en reposo al enfermo durante algunos días. Bajo la influencia de los movimientos del intestino, el naftol alcanforado se esparce en todos sentidos. Después de la inyección el abdomen queda algo sensible; algunas veces hacia el tercero ó cuarto día, la temperatura asciende á 38° ó 39°; prodúcese una pequeña cantidad de ascitis, que no tarda en reabsorberse de un modo definitivo. Después de este tratamiento, hase visto en ciertos casos desaparecer al cabo de varios meses la infiltración (empastamiento) peritoneal. Parece que el peritoneo tuberculoso no presenta con respecto del naftol alcanforado la misma sensibilidad que el peritoneo sano; Netter ha visto sucumbir, después de una inyección de 5 gramos de naftol alcanforado, un niño en el cual una cirrosis del hígado había hecho pensar en una peritonitis tuberculosa. Por lo mismo es necesario, antes de practicar la inyección, asegurarse del diagnóstico.

En las *formas secas* de peritonitis tuberculosa, no debe aplicarse el método de las inyecciones modificadoras; las adherencias intestinales podrían ser causa de perforaciones y por lo demás se opondrían á que el líquido inyectado se desparramase hasta ponerse en contacto con las partes enfermas.

Es difícil, dado el único caso en que se ha ensayado el experimento, apreciar el valor de las *inyecciones de suero de perro* en la peritonitis tuberculosa (Kirmisson y Pinard).

Varios investigadores invocando la acción atenuante del aire y la desecación sobre el bacilo tuberculoso, han insuflado en el peritoneo *aire esterilizado*, siete observaciones de este género se deben á von Mosetig-Moorhof, Nollen y Durán (1). Folet, después de haber sacado 6 litros de líquido del peritoneo de una mujer afecta de peritonitis tuberculosa, inyectó 3 litros de aire; al cabo de ocho meses se sostenía la curación.

(1) Este Durán es don Joaquín Durán y Trinchería, Médico del Hospital de la Santa Cruz de Barcelona y director de la *Revista de Ciencias médicas*. Inspirándose dicho señor en una tesis de L. N. Varnek de Moscou, que recomendaba la laparotomía en la peritonitis tuberculosa, dedujo que la acción curativa de la operación era debida al aire atmosférico, y entonces se le ocurrió llevar el aire al peritoneo por inyección. Ensayólo y publicó dos observaciones seguidas de curación en la mentada revista en 25 Julio de 1893; sin tener conocimiento de que el 2 del propio mes y año, Mosetig Moorhof había publicado otro trabajo análogo en la *Wiener Medinische Presse;* la escasa diferencia entre las dos fechas indica coincidencia, sin prioridad determinada entre los dos autores. El Dr. Nollen no publicó sus observaciones hasta el 31 de Agosto del propio año. Sobre este asunto véase la *Revista de Ciencias médicas* de 1893, págs. 202, 210, 313 y 393; de 1894, pág. 406; de 1895, pág, 20; de 1897, t. II, pág 165, y de 1898, pág. 397.—(N. del T.).

Esta acción del aire parece, *a priori*, hipotética; tal vez en la mayoría de los casos, la mejoría fué debida á la punción y al tratamiento médico.

4° Laparotomía

Por más que la cuestión de la laparotomía en la peritonitis tuberculosa sea de la incumbencia de la cirugía, actualmente está tan ligada á la historia del tratamiento de esta afección, que parece difícil prescindir de ella. Los primeros casos de peritonitis tuberculosa que beneficiaron de la laparotomía fueron aquellos en los cuales la operación fué practicada después de un error de diagnóstico; tal fué el origen del tratamiento operatorio erigido después por algunos en método de elección.

A. — En la *peritonitis miliar aguda*, debe rechazarse por regla general la laparotomía. Su indicación no podría ser discutida en rigor sino en los casos en que las manifestaciones morbosas se localizan manifiestamente en el abdomen, determinando la ascitis; en estos casos, de ordinario mortales, la laparotomía constituye una probabilidad de éxito, que es lícito intentar cuando la punción simple ó la punción seguida de inyecciones modificadoras han fracasado. Cuando las formas agudas pasan al estado subagudo ó crónico, las circunstancias resultan más favorables á la operación.

B. — En la *forma ulcerosa crónica,* la conducta que debe seguirse varía según se trate de una forma seca ó de una forma con derrame. En la *forma seca,* la intervención no tiene casi ninguna probabilidad de éxito: la mayoría de los enfermos operados hasta el presente en tales condiciones sucumbieron. Por lo demás, la laparotomía, obligada en estas condiciones á fraguarse una vía en medio de las adherencias de los intestinos y de las vísceras abdominales entre sí y con la pared abdominal, es muy delicada.

Los resultados no han sido satisfactorios sino en los casos en que la *forma ulcerosa* va acompañada de un *derrame generalizado*, ó *más ó menos enquistado;* hállase indicada la operación cuando el líquido, hasta entonces claro, se transforma en purulento. La existencia de síntomas que indiquen la de lesiones tuberculosas del intestino es considerada por la mayoría de los autores como una contraindicación para la operación; Israel considera, sin embargo, la curación como posible aun cuando existan ulceraciones intestinales. Cuando aparecen los signos de una perforación intestinal provocada por el proceso de la peritonitis, ó bien los de un absceso gaseoso intraperitoneal, no puede diferirse la intervención.

La abertura del abdomen en las *formas ulcerosas purulentas* se practica en la parte más fluctuante; una vez evacuado el pus, puédese por un frote suave hacer salir los productos caseosos más blandos, que cubren el intestino; es poco prudente, por razón de las probabilidades de rotura del intestino, registrar las bolsas que no se ofrecen de por sí á la exploración. Los *lavados* se practican por medio de soluciones *antisépticas,* ó de *agua hervida* caliente; algunos cirujanos hacen seguidamente insuflaciones de *yodoformo* ó toques ligeros con esponjas montadas, y empapadas en una solución de *ácido fénico* ó de *sublimado*. Tricani, considerando como indispensable para la curación la irritación del peritoneo, inyecta, después de la laparotomía, en la cavidad peritoneal una solución de *glicerina* al décimo, y deseca acto continuo las superficies con gasa esterilizada. El *drenaje,* recomendado por algunos, es enérgicamente condenado por otros; en todo caso hay que evitar los tubos de caucho que pueden exponer á perforaciones intestinales.

C. — En la *forma seca fibrosa,* la operación ha sido raras veces practicada hasta el presente: sin embargo, algunos éxitos de este género se han obtenido (Térrillon, Poncet, etc.). Si se considera que la forma fibro-adhesiva representa un proceso de curación, parece que nadie debiera creerse autorizado para intervenir sino en los casos en que algunas masas fibrosas aglomeradas se convierten en causa de dolores persistentes ó de trastornos funcionales intensos como constipación pertinaz por ejemplo. Cuando se practica la operación en esta forma adhesiva, debe consistir sencillamente en una incisión: no hay que pensar en quitar las producciones fibrosas, por razón de sus conexiones íntimas con las vísceras.

D.—Donde se han obtenido los más lisonjeros resultados operatorios ha sido en la *forma ascítica;* por lo demás, ésta es la forma que algunas veces se cura sin laparotomía bajo la influencia del tratamiento médico y de la punción.

Cuando se trata de la *forma ascítica pura,* en la cual la ascitis es casi la única manifestación de la enfermedad, es lícito rechazar la intervención quirúrgica, ó cuando menos diferirla: la ascitis tuberculosa simple se cura fácilmente por medio de la evacuación del líquido ó por la punción seguida de inyecciones modificadoras asociadas al tratamiento médico.

Cuando la *ascitis,* ora sea *generalizada,* ora *parcial,* se acompañe de la *presencia de masas induradas* en el peritoneo, es decir, cuando se trate de la *forma fibro-caseosa con ascitis,* la cuestión de la laparotomía queda planteada en ciertas condiciones. En los casos apiréticos, surge la

indicación de la laparotomía cuando el derrame permanece estacionario ó aumenta á pesar del tratamiento médico y de la punción, cuando enflaquece el enfermo, cuando aparece un ligero derrame en la pleura y cuando tienden á presentarse ligeras elevaciones térmicas vespertinas. La laparotomía tiene más probabilidades de éxito si se practica en un enfermo apirético: así es que puede ser útil no esperar la aparición del período febril; y si la temperatura es elevada, será bueno, caso de disponer de tiempo, hacerla descender antes de intervenir.

En la forma ascítica, la incisión debe ir seguida de un lavado, si el líquido contiene copos de fibrinas ó de falsas membranas.

La laparotomía es el método terapéutico por excelencia de las *formas ascíticas enquistadas* en las cuales ha dado 95 por 100 de éxitos operatorios.

E.—En caso de *oclusión intestinal en la peritonitis tuberculosa*, está indicada la intervención en las estrangulaciones agudas de rápido desarrollo; la oclusión lenta, que ordinariamente es engendrada por la aglomeración de un paquete de asas intestinales reunidas por masas fibrocaseosas, y que se produce en las fases avanzadas de la enfermedad, no suele hallar en la operación quirúrgica muchas probabilidades de éxito.

F.—Hablando en general, la laparotomía está *contraindicada* en la peritonitis tuberculosa cuando la localización peritoneal coincide con lesiones tuberculosas extensas y antiguas del pulmón ó del intestino. Una tuberculosis pulmonar discreta, limitada al vértice, ciertos focos de tuberculosis articular ú ósea, no constituyen un obstáculo para la operación; hasta se ve algunas veces retroceder la tuberculosis pulmonar después de la curación de la peritonitis.

En ciertos enfermos, se ha repetido la laparotomía á intervalos variados; en una enferma de Urso, obtúvose la curación después de cuatro laparotomías (1).

G.—No insistiremos acerca de la intervención en ciertas formas de peritonitis circunscrita, como la *peritiflitis*, la *perihepatitis*, la *pelviperitonitis tuberculosas*. En la *peritiflitis tuberculosa*, la operación consistió ya en una simple laparotomía, ya en un desprendimiento de las adherencias, ya en una abertura de las colecciones purulentas, algunas veces en una resección del ciego ó del apéndice; la cifra de las observaciones es por lo demás demasiado reducida, y son demasiado variables los resultados, para poder sacar de tales hechos conclusiones positivas. En la *pio-perihepatitis tuberculosa* (absceso subfrénico), se ha llegado

(1) URSO.— *Wien. méd. Presse*, 1896, pág. 829.

á considerar útil la resección del borde inferior del tórax para alcanzar la cara convexa del hígado y la colección purulenta (Lannelongue). En cuanto á las *pelviperitonitis* relacionadas con las tuberculosis genitales en la mujer, muchas veces han sido desconocidas durante la operación; Aldibert, quien había reunido, en 1892, 17 observaciones de salpingitis tuberculosa acompañada de pelviperitonitis, ha encontrado 13 curaciones, algunas de las cuales fueron comprobadas más de un año después de la intervención.

H.—Según diversas estadísticas reunidas por Legueu, *los resultados de la laparotomía* en las peritonitis tuberculosas generalizadas se distribuyen del modo siguiente: en la forma ascítica, la cifra de las curaciones es de 75,5 por 100; en la forma fibrosa, de 65,5 por 100; en la forma ulcerosa, de 60 por 100. En 287 casos tomados en bloc en las estadísticas de Koenig, Maurange, Pic, de Lafont, Aldibert, la curación se produjo en 71,43 por 100 de los casos. De los casos seguidos de curación, en 34 por 100 poco más ó menos, ésta seguía todavía al cabo de dos años, muchos de los demás enfermos habíanse perdido de vista. En ciertas estadísticas publicadas hasta el presente, figuran casos en los cuales la curación persistía más de veinte años después de la laparotomía.

Es imposible actualmente formarse una idea muy exacta de las cifras de curación definitiva correspondientes á *cada una de las formas de la tuberculosis peritoneal*, y sin embargo, sólo teniendo en cuenta las *consecuencias lejanas de la laparotomía en cada una de estas formas*, es cómo se podría llegar á una noción precisa de las indicaciones ó de las contraindicaciones operatorias en las diversas variedades clínicas. Precisa tener presente que, curación clínica no siempre es sinónimo de curación anatómica, y que no puede admitirse una curación definitiva sino después de transcurridos algunos años de la operación.

Sea de ello lo que fuere, la laparotomía, sin tener acción específica sobre la peritonitis tuberculosa, cuando se practica en ciertas condiciones, acentúa ó determina la tendencia á la curación que la enfermedad tiene en muchos casos. El *modo de obrar de la laparotomía* es obscuro; es probable que reconozca múltiples factores.

La utilidad de la operación, ¿es acaso debida á la evacuación del líquido y de los productos tóxicos, ó á que suprime la compresión de los vasos del peritoneo, ó á que mejora la respiración y la circulación? La curación no puede en todo caso explicarse únicamente por la evacuación del líquido ascítico, pues se produjo algunas veces en casos en que el derrame era casi nulo.

¿Obra la laparotomía provocando una flegmasía de buena naturaleza, sustituyendo tejido cicatricial á los productos tuberculosos? De las investigaciones experimentales hechas recientemente acerca de la influencia de la laparotomía en la peritonitis tuberculosa del perro, sacó Stchégoleff en conclusión que, en este animal, la peritonitis puede curar sólo con la abertura del abdomen; la curación tiene lugar principalmente cuando la operación se hace al principio del proceso; en un período avanzado, determina sencillamente una mejoría, que alarga la vida por un plazo más ó menos largo.

La acción principal de la laparotomía parece resultado de la reacción inflamatoria producida por ciertos agentes físicos que intervienen en la operación, como el traumatismo mecánico, las influencias térmicas, la penetración del aire en la cavidad abdominal, la acción de la luz; estos agentes, por su acción irritativa sobre el peritoneo enfermo, determinan en los tejidos que rodean los focos tuberculosos una infiltración de leucocitos, que forman una barrera á la extensión del foco, y que luego se organizan en tejido conjuntivo rico en vasos de neoformación, en el seno del cual acaban por perecer y disgregarse los elementos específicos tuberculosos. Mazzoni, en dos casos en que se repitió la laparotomía al cabo de algún tiempo, observó que la mayoría de los tubérculos habían desaparecido; los demás se habían desprendido de su base de implantación, á la cual sólo estaban adheridos por un pedículo delgado. Las adherencias no son indispensables para el proceso de curación.

II.—TRATAMIENTO DE LA PERITONITIS CANCEROSA

Cuando los tumores malignos del abdomen se complican de peritonitis de la misma naturaleza, los trastornos generales son casi siempre muy graves, y la enfermedad está ya tan avanzada, que se hace preciso limitarse al tratamiento sintomático ya de los fenómenos determinados por el tumor, ya de la misma peritonitis.

Los dolores serán combatidos por el *opio*, las inyecciones de morfina, las aplicaciones locales de *ungüento belladonado*, de *cataplasmas laudanizadas*, de *colodión;* los vómitos deben ser contenidos por los medios habituales; el enfermo, según las indicaciones, será alimentado por la vía bucal ó por la rectal.

Cuando la ascitis toma proporciones considerables, capaces de estorbar el funcionalismo de los órganos abdominales ó torácicos, se recurre á los *purgantes* y á los *diuréticos*, y si estos medios fracasan á la *para-*

centesis. En varios casos de peritonitis cancerosa complicada de ascitis enorme, en particular en las peritonitis consecutivas á quistes prolíferos del ovario, la *laparotomía* practicada en sustitución de la paracentesis, al evacuar el líquido, no sólo logró un notable alivio para el enfermo, sí que también retardó y hasta impidió su reproducción.

CAPÍTULO LIII

TRATAMIENTO DE LA ASCITIS

POR

C. GIRAUDEAU

Médico del hospital Tenon

TRADUCCIÓN DEL DR. D. J. BLANC Y BENET

I

Necesidad de un tratamiento causal

La ascitis es un síndrome contra el cual poco puede la terapéutica.

Para convencerse de ello, basta reflexionar un instante acerca la manera de obrar de las medicaciones que parecen hacer maravillas en ciertos casos de ascitis, y pronto se echa de ver que, en estos últimos, no fué el síntoma lo que se combatió sino la misma enfermedad causal. Así, la digital, la leche, que con tanta frecuencia dan resultados en las ascitis de los cardíacos y de los brighticos, fracasan constantemente cuando se prescriben á los enfermos afectos de cirrosis del hígado con ascitis. Si estos medicamentos tuviesen una acción real, directa sobre la hidropesía peritoneal, el resultado debería ser sensiblemente el mismo en todos los casos, lo que dista mucho de suceder.

El verdadero tratamiento de la ascitis consiste, pues, no en dirigir la medicación contra este síntoma, sino contra la enfermedad que le ha dado origen. Una vez establecido el diagnóstico de ésta, deberá ser tratada *poco menos* como si no existiese la ascitis. Este es, á nuestro entender, la mejor prueba que podemos aducir de la proposición que acabamos de anunciar. Para describir útilmente los medios destinados á combatir la ascitis, sería preciso, pues, hacer el estudio terapéutico de las diversas enfermedades que pueden darle origen, lo cual no cabe en el plan de esta

obra. En este artículo haremos sencillamente las indicaciones aplicables á la generalidad de los casos, y á ellos añadiremos la crítica de las numerosas medicaciones propuestas.

II

Crítica de las medicaciones propuestas

Aparte de ciertas ascitis caquécticas contra las cuales puede tener acción el tratamiento general *(vino, alcohol, quina, arseniato de sosa)*, lo mismo que la tiene sobre las demás hidropesías observadas en casos semejantes, es decir, modificando la crasis sanguínea, los medicamentos llamados reconstituyentes de ordinario no son de utilidad alguna en la cura de la ascitis. Si exceptuamos estos casos, la hidropesía peritoneal indica un aumento de tensión en el sistema de la vena porta y la medicación tónica nada puede contra ella.

Sea cual fuere el mecanismo de este aumento de tensión y el punto del sistema porta que se interese (ramos aferentes, tronco, ó vena porta intrahepática, y hasta con frecuencia éxtasis general), claro es que las *emisiones sanguíneas* y los *revulsivos* no son de utilidad alguna para facilitar la reabsorción del líquido derramado. Estas medicaciones, sin embargo, son excelentes en los casos en que el peritoneo está inflamado (peritonitis crónica ó subaguda con ascitis) ó bien cuando el hígado es asiento de brotes congestivos é inflamatorios (hepatitis subaguda, cirrosis difusa, perihepatitis). No sólo calman los dolores locales, sino que tienen una influencia favorable sobre la disminución ó desaparición del elemento fluxionario. Desde aquel momento cesa de aumentar la trasudación serosa, que es la consecuencia de aquella fluxión, y el líquido ya derramado tiende á reabsorberse, á medida que las vías linfáticas y las raicillas venosas se hacen permeables. Sólo, pues, de un modo indirecto esta medicación, en los casos que acabamos de citar, resulta de utilidad para los enfermos afectos de ascitis: las demás categorías de ascíticos nada pueden esperar de ella.

La administración de los *diuréticos* está basada en una observación hecha hace ya mucho tiempo, á saber, la alteración de la orina en los enfermos afectos de ascitis, sea cual fuere, por otra parte, la causa de éstas. Sin hablar de las modificaciones del color y de la composición química de la orina que, bajo otros puntos de vista, tienen una gran importancia, la disminución de la cantidad emitida es un hecho general que se impone, y que conduce muy naturalmente á procurar el restablecimiento del curso

de esta secreción. De este modo se pretende impedir el aumento de la serosidad peritoneal derramada, y hasta favorecer la eliminación por la vía renal de la que ya está contenida en la cavidad abdominal.

Esta teoría se apoya en hechos positivos bien observados, pero que conviene interpretar del modo siguiente. Siempre y cuando la ascitis es debida á un trastorno circulatorio sin alteración profunda de las paredes de la vena porta, los diuréticos, al aumentar la tensión arterial ó al obrar directamente sobre el epitelio renal, disminuyen la cantidad de líquido peritoneal; tal ocurre en las afecciones del corazón donde á veces obran maravillas. Por el contrario, siempre y cuando hay alteración de los ramos venosos en cualquier punto del sistema porta, el empleo de los diuréticos fracasa casi siempre; testigos son las afecciones crónicas del hígado y del peritoneo, testigos igualmente las compresiones de la vena porta.

Hay que hacer, sin embargo, una excepción á favor de los *calomelanos;* pero la influencia compleja que ejercen sobre los riñones, el intestino y el hígado, impide precisar su manera de obrar. Un hecho adquirido es que los ascíticos afectos del hígado son los que más beneficios reportan de su empleo. Esta observación parece demostrar que obran entonces tanto en calidad de modificador de las funciones hepáticas como de diurético.

Las indicaciones que acabamos de hacer á propósito de los diuréticos son aplicables de todo en todo á otros grupos de medicamentos, los *purgantes* y los *diaforéticos,* antes con gran frecuencia prescritos. No hay duda que los ascíticos, por efecto de su enfermedad, están con frecuencia restreñidos; también es indudable que tienen de ordinario la piel seca y rugosa; pero sería una esperanza quimérica el creer que la mucosa intestinal y la superficie cutánea sean capaces, merced á un funcionalismo exagerado, de facilitar la reabsorción del líquido derramado en el peritoneo. Prescribir baños de vapor, fumigaciones, purgantes repetidos, es debilitar el enfermo sin ninguna probabilidad de prestarle algún servicio.

La *compresión*, ya sea mediante un *vendaje de cuerpo*, ya por medio de *embrocaciones de colodión*, recomendado en épocas diversas, es un procedimientó que no debe aconsejarse sino cuando existen fenómenos inflamatorios por parte del peritoneo y cuando se tiene interés en inmovilizar las asas intestinales; pero en todos los demás casos su empleo es no sólo inútil, sí que también peligroso. En nada favorece la reabsorción del líquido y no impide en lo más mínimo el aumento del derrame. Las paredes abdominales no pueden desarrollarse por razón de la resistencia aplicada á su superficie; de ello resulta que el diafragma es rechazado

cada vez más hacia arriba y que los pulmones comprimidos tienden á atelectasiarse, causas que aumentan los trastornos respiratorios y obligan de ordinario á recurrir muy pronto á la medicación que nos queda por estudiar, es decir, á la *punción*.

III

De la punción

1.° Este medio terapéutico merece ser examinado bajo dos aspectos principales: ¿Cuándo debe practicarse? ¿Qué podemos de ello esperar?

Si la cantidad del líquido derramado es poco considerable, la cuestión de la paracentesis abdominal debe quedar descartada por no tener utilidad ninguna. Muchas veces, y principalmente en las afecciones hepáticas ó peritoneales subagudas, una ascitis poco abundante va acompañada de un timpanismo muy pronunciado. En estos casos, sea cual fuere la dificultad de la respiración, el enfermo no reportará beneficio alguno de una punción abdominal. La causa está más en la distensión del intestino por los gases que en el derrame de uno ó dos litros de líquido en la cavidad peritoneal.

Si, por el contrario, la cantidad de líquido derramado es considerable, si la disnea es muy pronunciada, si se presenta insomnio y desaparece el apetito, es preciso intervenir sin vacilación; una vez realizada la evacuación del líquido, la respiración vuelve á estar libre, disípanse los fenómenos de éxtasis periférico, la orina clara y al fin abundante produce la ilusión de una verdadera crisis urinaria, la sensación de bienestar que acusa el enfermo justifica el empleo de este medio terapéutico. Este permite además al médico explorar los órganos abdominales, rectificar muchas veces un diagnóstico que resultaba difícil por la distensión del abdomen, y puede oponerse á la aparición de algunos accidentes mecánicos, como la estrangulación herniaria en un anillo umbilical distendido, ó cuando menos retardarlos. Pero todas estas ventajas son en general temporales; los inconvenientes y los accidentes que pueden resultar de la evacuación del líquido son tan numerosos, que más bien son ellos y no las ventajas las que debemos tener presente ante un enfermo afecto de ascitis y cuando se suscita la cuestión de la punción.

Poco nos detendremos sobre los accidentes locales causados por esta misma operación: accidentes inmediatos debidos unos al traumatismo de un vaso ó de un órgano importante y por lo general fáciles de evitar, si

se explora con atención la región en la cual vamos á hundir el trócar; accidentes secundarios otros, casi siempre de naturaleza infecciosa y cada día menos frecuentes, á medida que se practica más rigurosamente la antisepsia: angioleucitis, erisipelas pálidas, como las que se observan á menudo en los miembros edematosos, peritonitis, que se llevan al enfermo en algunos días sin reacción inflamatoria, sin fiebre y en medio de accidentes de colapso, como ocurre cuando el peritoneo está hace tiempo enfermo.

El verdadero peligro de la punción es la consiguiente *expoliación albuminosa*. Por estas palabras hay que entender, no ya el trastorno producido en la nutrición por la evacuación de las substancias albuminosas contenidas en el líquido ascítico que se acaba de extraer, sino la trasudación en la cavidad peritoneal de una nueva cantidad de suero sanguíneo destinado á reemplazar el que ha sido extraído. En otros términos, el líquido ascítico, al reproducirse, roba á la sangre una gran parte de sus elementos esenciales, de donde la rápida debilitación del enfermo en los días que siguen á la punción.

Esta tendencia á la caquexia es proporcional, por una parte, á la rapidez con la cual el líquido se reproduce, por otra, á la dificultad que experimenta el enfermo de alimentarse. Es de notar además que esta reproducción es tanto más rápida cuanto más completa es la evacuación, pues entonces no existe ya la contrapresión ejercida sobre los vasos portas por el líquido derramado, y la sangre afluye á unos conductos que ya resultan fácilmente dilatables. Así es que algunos autores, impresionados por la rapidez de esta reproducción de líquido, han propuesto hacer *punciones parciales,* es decir, no extraer sino una pequeña cantidad de líquido cada vez, sin perjuicio de multiplicar el número de punciones si se hace sentir su necesidad.

En resumen, si el líquido evacuado por una primera punción se reproduce rápidamente, convendrá aguardar lo más posible, antes de darle salida otra vez y no ceder á las primeras instigaciones del enfermo. Con mucha mayor razón habrá que guardarse de «dejar fluir el líquido» después de una primera punción. Este desagüe facilita la trasudación de una nueva cantidad de suero sanguíneo; lejos de mejorar el estado del enfermo, lo que hace es extenuarle, exponiéndole además á todos los peligros de una infección ascendente por el orificio de entrada del trócar.

Si, por el contrario, el líquido se reproduce *lentamente,* si el estado general es bueno, puede ser conveniente para el enfermo repetir las punciones sin aguardar una extremada distensión abdominal. En efecto, todos los médicos han tenido en observación algún ascítico que, en el espacio

de algunos años, han sufrido quince, veinte, treinta punciones y más, en el cual, después de haberse reproducido el líquido cada vez con más lentitud, llega el deseado momento en que cesa de trasudar. Principalmente en los individuos afectos de cirrosis hepática con hígado abultado, los de hígado cardíaco, de lesiones peritoneales crónicas, de índole tuberculosa ó no, es donde la ascitis presenta á veces este curso; á una gordura al parecer considerable, sucede entonces una delgadez esquelética, y la pared abdominal, cóncava, parece formar cuerpo con los órganos subyacentes.

¿Querrá esto decir que las punciones repetidas hayan favorecido la no reproducción del líquido y por consiguiente que pueden ser consideradas como un agente curativo de la ascitis?

Difícil es resolver esta cuestión, y sin embargo, es cierto que la presencia de un líquido en una cavidad serosa, inflamada ó no previamente, determina en ella á la larga ó mantiene en la misma cierto grado de irritación, que conduce al engrosamiento de la trama conjuntiva de esta membrana. Siendo tanto menos activa la circulación en los tejidos cicatriciales cuanto menos densos son éstos, parece que hay gran interés en evitar al enfermo esta causa de irritación, evacuando de vez en cuando el líquido derramado. La punción puede de un modo indirecto constituir un agente curativo de la ascitis.

2.° ¿Puede obtenerse el resultado favorable más rápidamente todavía *inyectando* después de cada punción una substancia líquida en la cavidad peritoneal? No há mucho tiempo todavía las *inyecciones* de *tintura de yodo* contaban con partidarios tan entusiastas como decididos eran sus contrarios; las memorias de la Sociedad de Cirugía, las de la Sociedad médica de los hospitales se hicieron eco de las discusiones á que dió lugar esta cuestión. Es cierto que se han obtenido por este método algunos éxitos innegables; pero no indistintamente en todos los casos de ascitis. Las que más se curan de esta suerte son las peritonitis crónicas de forma ascítica, y más particularmente las peritonitis infecciosas, cuyo tipo está representado por la peritonitis tuberculosa; por el contrario, las peritonitis tóxicas, como las de los alcohólicos, de los brighticos, parecen sentir poco la influencia de este método y de otros análogos.

En efecto, hoy día están casi abandonadas las inyecciones de tintura de yodo, y con mucha mayor frecuencia se recurre á las inyecciones intraperitoneales de una pequeña cantidad de una substancia antiséptica, como el *sublimado*, el *naftol alcanforado*, el *lisol*, etc. Basta á veces la inyección de algunas gotas de una solución antiséptica preparada con estas substancias para observar la reabsorción gradual del líquido derramado y ver sobrevenir la curación al cabo de pocas semanas. Antes de

practicar estas inyecciones intraperitoneales será bueno asegurarse del estado de permeabilidad del riñón y de la integridad fisiológica del hígado. Si la orina es albuminosa, será ventajoso no hacer uso de ellas. Asimismo si la ascitis es debida á una afección hepática, hay que aconsejar con el mayor ahinco la abstención del uso de estas inyecciones antisépticas, y particularmente de las de naftol alcanforado. En un caso publicado en la *Sociedad médica de los hospitales de París*, parece haberse precipitado la muerte por una inyección de esta naturaleza, y cuidado que había sido practicada á dosis muy débil y con todas las precauciones que el caso exigía.

3.° Mucho menos se comprende la manera de obrar de la *laparotomía* llamada *exploradora* sobre ciertas ascitis tuberculosas. Los casos de desaparición del líquido por este procedimiento son ya hoy día incontables, y la prueba de que se trata de una verdadera curación, es que en varios casos se ha tenido ocasión, con motivo de una estrangulación herniaria ó de una oclusión intestinal, de abrir el abdomen por segunda vez sin hallar vestigio de granulaciones tuberculosas, mientras que existían en gran número cuando la primera laparotomía en toda la serosa peritoneal.

Puesto que la desaparición de la ascitis consecutivamente á la laparotomía se produce lo mismo cuando todo se reduce á evacuar el líquido peritoneal sin hacer lo que los cirujanos llaman «la *toilette* del peritoneo», que cuando se lava en toda su extensión la serosa abdominal por medio de una solución antiséptica ó siquiera aséptica, uno se ve inducido á preguntarse si tal vez el simple contacto del aire con la serosa inflamada, por un mecanismo todavía desconocido, será el agente curativo de la lesión peritoneal. Lo que parece dar la razón á esta opinión es que á Folet (1) se ocurrió la idea de *inyectar varios litros de aire en el peritoneo* (2), después de haber evacuado previamente por la punción el líquido ascítico; merced á este procedimiento, parece haber obtenido en varios casos la desaparición del líquido derramado.

IV

Casos particulares

1.° Sin embargo, en ciertos casos, está contraindicado el practicar punciones repetidas, aun cuando se reproduzca lentamente el líquido,

(1) FOLET.—*Acad. de Méd.*, 27 Noviembre de 1894.

(2) Antes que á Folet se les ocurrió á Mosetig-Moorhof, á nuestro Durán y á Nollen. (Véase la nota pág. 983).—*(N. del T.)*

como en aquellos en que éste presenta una coloración roja debida á la sangre extravasada. Sea cual fuere por lo demás la causa primera de la *ascitis hemorrágica*, claro es que toda expoliación sanguínea será una causa de debilitación rápida para el enfermo, ora se trate de una de estas paquiperitonitis crónicas, como ciertos ejemplos que se han publicado de alcohólicos, ó de una carcinosis peritoneal primitiva ó consecutiva á algún cáncer de la proximidad.

2.° Por más que no haya podido establecerse de un modo definitivo la patogenia de la *ascitis quilosa*, parece que, cuando menos en ciertos casos, es el resultado de la transformación grasosa de los leucocitos y de los elementos embrionarios contenidos en el líquido ascítico. Parece, pues, presentarse en los enfermos afectos de peritonitis crónicas, y ya hemos visto que precisamente en estas condiciones es cuando la ascitis tiene tendencia á la curación. Las punciones repetidas hallarán por tanto su indicación en estos casos, si la reproducción del líquido no se verifica rápidamente después de la primera punción. Pero aun cuando el derrame desaparezca, el enfermo no deja de estar afecto de lesiones peritoneales profundas, que le exponen á todos los peligros de la oclusión intestinal por bridas peritoneales.

3.° El *embarazo* no constituye una contraindicación mayor de la paracentesis abdominal. Es raro, sin embargo, que la ascitis sea muy considerable y que sea indispensable intervenir antes del término de la gestación.

4.° La ascitis que acompaña á veces á los *tumores abdominales* puede asimismo evacuarse sin inconveniente, pero también sin gran ventaja; efectivamente cuando aparece en un enfermo que presenta un neoplasma abdominal, puédese casi con seguridad afirmar su naturaleza cancerosa, pues los tumores benignos no van en general acompañados de derrame abdominal. Por lo mismo en estas condiciones la punción no podrá constituir sino un medio paliativo, pero no seguramente un procedimiento curativo de la ascitis.

FIN DEL TOMO QUINTO

ÍNDICE DE MATERIAS

DEL TOMO QUINTO

TRATAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES DEL APARATO DIGESTIVO Y DE SUS ANEXOS

CAPÍTULO PRIMERO

Nociones patológicas é indicaciones terapéuticas generales sobre las enfermedades del aparato digestivo, POR **P. SPILLMANN**

		Págs.
I.	*Consideraciones generales.*	1
II.	*Nociones de etiología general. — Su aplicación á la terapéutica.* . .	3
III.	*Tratamiento profiláctico.*	4
	A. Causas etiológicas externas que obran directamente, p. 4. — *B.* Agentes perniciosos introducidos en el tubo digestivo, p. 5.	
IV.	*Tratamiento curativo. — Régimen alimenticio y digestibilidad de los alimentos.*	5
	A. Digestibilidad gástrica, p. 6. — 1.° Alimentos líquidos, p. 6. — 2.° Alimentos sólidos, p. 8. — *B.* Digestibilidad intestinal, p. 12.	
V.	*Valor nutritivo de los alimentos; su importancia bajo el punto de vista del régimen. — Dosis de sustento.*	12
VI.	*Higiene general.*	16
VII.	*Nociones generales sobre la alimentación de los enfermos de afecciones gastro-intestinales.*	17
	A. Naturaleza de los alimentos, p. 17. — *B.* Preparaciones alimenticias artificiales, p. 20. — *C.* Regímenes aplicables á las afecciones gastro-intestinales, p. 21.	
VIII.	*De los medicamentos.*	26
	A. Medicamentos que obran sobre el peristaltismo gastro-intestinal, p. 26. — *B.* Medicamentos que obran sobre las secreciones, p. 27. — *C.* Antisepsia gastro-intestinal, p. 30. — *D.* Medicaciones complementarias, p. 32.	
IX.	*Aguas minerales.*	32
X.	*Climatoterapia.*	35
XI.	*Tratamiento hidroterápico. — Balneoterapia.*	36
XII.	*Métodos de tratamiento físico.*	37

A. Lavado del estómago, p. 37. — *B*. Ducha gástrica, p. 41. - *C*. Insuflación artificial del estómago, p. 41. — *D*. Irrigación intestinal (enteroclisis), p. 41. — *E*. Enemas alimenticios, p. 43. — *F*. Tratamiento eléctrico, p. 44. — *G*. Masaje, p. 46. — 1.° Masaje del estómago, p. 46 — 2.° Masaje abdominal, p. 46. — *H*. Gimnasia, p. 48. — *I*. Tratamiento ortopédico, p. 48.

XIII. *De la intervención quirúrgica en el tratamiento de las enfermedades del tubo digestivo*. 49

CAPÍTULO II

Tratamiento de la estomatitis, POR J. SCHMITT

I. *Consideraciones generales*. 53
II. *Higiene y antisepsia bucales* 55
III. *División de las estomatitis*. 61
IV. *Estomatitis comunes, sépticas, polimicrobianas*. 62

A. Gingivitis tartárica, p. 64. — *B*. Estomatitis ulcerosas benignas, p. 65. — *C*. Estomatitis tóxicas. — Estomatitis mercurial, p. 65.

V. *Estomatitis de especificidad dudosa*. 68

A. Estomatitis úlcero-membranosa, p. 68. — *B*. Estomatitis gangrenosa. — Noma, p. 70 — *C*. Estomatitis aftosa, p. 71. — *D*. Estomatitis herpética, p. 72 — *E*. Estomatitis impetiginosa, p. 73. — *F*. Estomatitis pultácea, p. 73.

VI. *Estomatitis específica. — Estomatitis cremosa. — Muguet*. 74

CAPÍTULO III

Tratamiento de la periodontitis expulsiva ó gingivitis expulsiva, POR A. HUGENSCHMIDT

I. *Consideraciones generales*. 76
II. *Tratamiento*. 77

CAPÍTULO IV

Tratamiento de la odontalgia y de la osteo periostitis alvéolo-dentaria, POR A. HUGENSCHMIDT

I. *Consideraciones generales*. 85
II. *Tratamiento*. 86

A. Tratamiento de la odontalgia por dentinitis ó pulpitis aguda, p. 86 — *B*. Tratamiento de la periostitis alvéolo-dentaria, p. 88.

III. *Osteoperiostitis alvéolo-dentaria debida á la erupción de la muela del juicio*. 91

CAPÍTULO V

Tratamiento de las faringitis agudas, POR A. HUGENSCHMIDT

I. *Consideraciones generales*. 93
II. *Etiología*. 94
III. *Aspecto de las diversas anginas agudas*. 96

IV. *Tratamiento de las diversas anginas agudas*. 97

A. Medicación interna, p. 97. — *B*. Medicación externa, p. 98.

V. *Tratamiento de las faringitis agudas profundas y supuradas*. . . . 100

A. Absceso de la amígdala, p. 100. — *B*. Absceso retro-faringeos, p. 100. — *C*. Absceso de la amígdala lingual, p. 101.

CAPÍTULO VI

Tratamiento de las faringitis crónicas, POR A. GOUGUENHEIM

I. *Etiología y patogenia*. 103

II. *Tratamiento*. 104

A. Medicación externa, p. 104. — *B*. Medicación interna, p. 106. — *C*. Higiene de los enfermos, p. 106.

CAPÍTULO VII

Tratamiento de las amigdalitis crónicas, POR A. GOUGUENHEIM

I. *Etiología y patogenia*. 107

II. *Tratamiento* 109

CAPÍTULO VIII

Tratamiento de las neurosis de la faringe, POR A. GOUGUENHEIM

I. *Trastornos de la sensibilidad*. 113

II. *Trastornos de la motilidad*. 114

CAPÍTULO IX

Tratamiento de los cuerpos extraños de la faringe, POR A. GOUGUENHEIM

I. *Consideraciones generales*. 116

II. *Tratamiento*. 117

CAPÍTULO X

Tratamiento de los tumores de la faringe, POR A. GOUGUENHEIM

I. *Tumores benignos*. 118

A. Consideraciones generales, p. 118. — *B*. Tratamiento, p. 118.

II. *Tumores malignos*. 120

A. Consideraciones generales, p. 120. — *B*. Tratamiento, p. 121.

CAPÍTULO XI

Tratamiento de la sífilis de la faringe, POR A. GOUGUENHEIM

I. *Chancro de la amígdala*. 123

A. Consideraciones generales, p. 123. — *B*. Tratamiento, p. 124

II. *Accidentes secundarios*. 124

A. Consideraciones generales, p. 124. — *B*. Tratamiento, p. 125.

III. *Accidentes terciarios de la faringe*.. 125

A. Consideraciones generales, p. 125. — *B*. Tratamiento, p. 126.

CAPÍTULO XII

Tratamiento de la tuberculosis de la faringe, POR A. GOUGUENHEIM

I. *Consideraciones generales*. 128
II. *Tratamiento*.. 129

CAPÍTULO XIII

Tratamiento de los traumatismos de la faringe, POR A. GOUGUENHEIM

I. *Consideraciones generales*. 130
II. *Tratamiento*.. 131

A. Contusiones. — Rasgaduras, p. 131. — *B*. Quemaduras. — Quemaduras de origen cáustico, p. 132.

CAPÍTULO XIV

Tratamiento de las enfermedades del esófago, POR ALBERTO JOSÍAS

I. *Esofagismo*. 133
II. *Estrechez no cancerosa del esófago* 136
III. *Cáncer del esófago*.. 137

CAPÍTULO XV

Tratamiento de la indigestión, POR G. LEMOINE

I. *Consideraciones generales*. 139
II. *Tratamiento*.. 140

CAPÍTULO XVI

Tratamiento del empacho gástrico, POR G. LEMOINE

I. *Consideraciones generales*. 143
II. *Tratamiento*.. 144

CAPÍTULO XVII

Tratamiento de las dispepsias, POR ALBERTO ROBIN

I. *Incertidumbres actuales en el tratamiento de las dispepsias*. . . . 146
II. *Ideas corrientes acerca de la clasificación y el tratamiento de las dispepsias*. 148
III. *De las dispepsias consideradas en general y en su seriación morbosa*. . 152
IV. *Clasificación terapéutica de las dispepsias*. 157
V. *Tratamiento profiláctico fundado en el conocimiento de la etiología*. . 161

A. Dispepsias primitivas, p. 161. — 1.° Vicios de la alimentación, p. 161. — 2.° Desórdenes de la inervación gástrica, p. 161. — 3.° Condiciones etiológicas mecánicas, p. 162. — 4.° Causas climáticas, p. 162. — 5.° Causas medicamentosas, p. 162. — 6.° Causas profesionales, p. 163. — *B*. Dispepsias secundarias, p. 164. — 1.° Dispepsias de las enfermedades del estómago con lesión anatómica, p. 164. — 2.° Dispepsias de origen intestinal, p. 164 — 3.° Dispepsias de origen hepático, p. 165. — 4.° Dispepsias de origen cardíaco, p. 166. — 5.° Dispepsias de origen nervioso, p. 166. — 6 ° Dispepsias de origen renal y urinario, p. 166. — 7.° Dispepsias de origen uterino, p. 167. — 8.° Dispepsias de origen anémico, p. 167. — 9.° Dispepsias de origen tuberculoso, p. 167. — 10. Dispepsias de origen gotoso y artrítico, p. 168.

VI. *Tratamiento de las dispepsias premonitorias ó alimenticias*. . . . 169

A. Dispepsia premonitoria por exceso de bebida, p. 169. — *B* Dispepsia premonitoria ó alimenticia por exceso de peptonas, p. 170.

VII. *Tratamiento de las hiperestenias gástricas agudas*. 171

A. De la dispepsia hiperesténica aguda paroxística, de origen neurótico, p. 171. — 1.° Consideraciones generales, p. 171. — 2.° Tratamiento, p. 172. — *B*. De la hiperestenia aguda paroxística ó periódica, de origen nervioso central, p. 173. — 1 ° Consideraciones generales, p. 173. — 2.° Tratamiento, p. 173. — *C*. Hiperestenia gástrica aguda de origen gástrico ó reflejo, p. 175. — 1.° Variedades clínicas, p. 175. — *a*. Hiperestenia aguda alimenticia, p. 175. — *b*. Hiperestenias agudas reflejas, p. 177. — *c*. Hiperestenias agudas retardadas, p. 177. — 2.° Tratamiento, p. 178. — *a*. Régimen, p. 178. — *b*. Higiene común, p. 179. — *c*. Tratamiento medicamentoso, p. 179. — *d*. Tratamiento preventivo, p. 181.

VIII. *De las hiperestenias gástricas permanentes*. 183

A. Resumen clínico, p. 183. — *B*. Fisiología patológica, p. 186.

IX. *Tratamiento de las hiperestenias gástricas permanentes*.. . . . 188

A. Tratamientos que deben evitarse, p. 188. — *B*. La indicación terapéutica dominante, p. 190. — *C*. Del tratamiento de la crisis gástrica, p. 190. — *D*. Higiene de los hiperesténicos permanentes, p. 191. — *E*. Régimen de los hiperesténicos permanentes, p. 193. — 1.° Consideraciones generales, p. 193 — 2.° Primera etapa del régimen, p. 194. — 3.° Segunda etapa del régimen, p. 195. — 4.° Tercera etapa del régimen, p. 196. — 5.° Sumarios de la organización de las comidas, p. 198. — 6.° Casos particulares, p. 198. — *F*. Tratamiento medicamentoso, p. 199. — 1.° Tratamiento medicamentoso fisiológico ó sedante, p. 199. — 2.° Tratamientos sedantes complementarios, p. 203. — 3.° Medicación ácida, p. 204. — 4.° Tratamientos diversos, p. 205. — *G*. Tratamiento de algunos síntomas especiales, p. 207. — 1.° Estreñimiento, p. 207. — 2.° Vómitos, p. 208. — 3.° Dolor, p. 209. — 4.° Sialorrea, p. 210. — 5.° Flatulencias, meteorismo, eructos, p. 210. — 6.° Bulimia, p. 211. — 7.° Anorexia, p. 211. — *H*. Manera de conducir el tratamiento. — Tratamiento consecutivo ó de la convalecencia, p. 212. — *I*. Tratamiento hidrológico, p. 214. — 1.° Baños templados, p. 214. — 2.° Baños fríos, p. 214. — 3.° Hidroterapia metódica, p. 214. — 4.° Curas hidrominerales, p. 215. — 5.° Baños de mar, p. 217. — 6.° Climatología, p. 217. — 7.° Cura de uvas, p. 217. — *K*. Tratamiento del período caquéctico. — Indicaciones de la intervención quirúrgica, p. 218. — *L*. Tratamiento de los estados morbosos anteriores ó asociados á la hiperestenia, p. 220.

X. *De las hipostenias ó insuficiencias gástricas*. 221

A. Consideraciones etiológicas, p. 221. — *B*. Resumen sintomatológico, p. 223.

XI. *Tratamiento de las hipostenias ó insuficiencias gástricas*. . . . 224

A. Consideraciones generales, p. 224. — *B*. Del régimen, p 225. — *C*. Tra-

tamiento medicamentoso, p. 227. — *D.* De la pepsina en terapéutica gástrica, p. 230. — 1.° Argumentos y objeciones, p. 230. — 2.° Pepsinuria y apepsia, p. 232. — 3.° Los pepsinógenos, p. 233. — 4.° De las diferentes especies de pepsina, p. 234. — 5.° Formas farmacéuticas, p. 234. — 6.° Antagonistas, p. 235. — *E.* Medicaciones diversas, p. 236. — 1.° Electricidad, p. 236. — 2.° Masaje, p. 237. — 3.° Medios diversos, p. 237. — *F.* Tratamiento sintomático, p. 237. — *G.* Tratamiento hidrológico, p. 238. — 1.° Hidroterapia, p. 238. — 2.° Tratamiento hidromineral, p. 239. — 3.° Baños de mar, p. 240. — 4.° Climatoterapia, p. 240.

XII. *De los desórdenes gástricos debidos á las fermentaciones anormales en el estómago.* 240

A. Consideraciones generales, 240. — *B* Condiciones etiológicas, p. 241. — *C.* Química patológica, p. 243. — *D.* Sintomatología, p. 245.

XIII. *Tratamiento de los trastornos gástricos debidos á las fermentaciones estomacales.* 246

A. Consideraciones generales, p. 246. — *B.* Del régimen en las fermentaciones viciosas, p. 246. — *C.* Medicaciones de los trastornos por fermentación, p. 249. — 1.° Alcalinos, p. 249. — 2.° Medicación ácida, p. 250. — 3.° Medicación antiséptica, p. 251. — 4.° Lavado del estómago, p. 252. — 5.° Tratamiento de los fenómenos de flatulencia, p. 253. — *D.* Tratamiento hidromineral, p. 254.

XIV. *Tratamiento de las complicaciones y de las diversas repercusiones de las dispepsias.* 254

A. Complicaciones y repercusiones intestinales, p. 255. — 1.° Enterocolitis muco-membranosa, p. 255. — 2.° Accidentes apendiculares, p. 255. — 3.° Diarrea, p. 256. — 4.° Hemorroides, p. 257. — *B.* Complicaciones y repercusiones hepáticas, p. 258. — Hipertrofia funcional del hígado. — Cirrosis dispéptica, p. 258. — *C.* Complicaciones y repercusiones cardíacas, p. 259. — *D.* Complicaciones y repercusiones renales y urinarias, p. 260. — 1.° Albuminuria, p. 260. — 2.° Emisiones lechosas. — Arenillas y cálculos fosfáticos. — Hematuria, p. 263. — *E.* Complicaciones y repercusiones de parte del sistema nervioso, p. 264. — 1.° Vértigo estomacal, p. 264. — 2.° Jaqueca. — Neuralgias, p. 265. — 3.° Neurastenia gástrica, p. 266. — 4.° Hipocondría gástrica, p. 267. — 5.° Tos gástrica. — Hipo. — Espasmo laríngeo. — Bostezos, p. 268. — 6.° Insomnio, p. 269. — 7.° Tetania, p. 270. — 8.° Coma dispéptico, p. 270. — *F.* Trastornos de la visión, p. 270. — *G.* Complicaciones y repercusiones cutáneas, p. 271. — *H.* Complicaciones y repercusiones uterinas, p. 272. — *I.* De la clorosis dispéptica, p. 272.

CAPÍTULO XVIII

Tratamiento de las gastritis, POR G. LEMOINE

I. *Consideraciones generales.* 275

II. *Gastritis agudas.* 276

A. Gastritis catarral, p. 276. — 1.° Consideraciones generales, p. 276. — 2.° Tratamiento, p. 277. — *B.* Gastritis tóxicas, p. 279. — 1.° Consideraciones generales, p. 279. — 2.° Tratamiento, p. 280. — *C.* Gastritis flemonosa, p. 280.

III. *Gastritis crónica.* 281

A. Consideraciones generales, p. 281. — *B.* Tratamiento, p. 282.

CAPÍTULO XIX

Tratamiento de la dilatación del estómago, POR P. MUSELIER

I. *Consideraciones generales.* 287
II. *Indicaciones terapéuticas.* 293

A. Régimen alimenticio, p. 294. — *B*. Disminución de las bebidas. — Régimen seco, p. 297. — *C*. Digestibilidad de los alimentos, p. 298. — *D*. Disminución de las fermentaciones, p. 298.

III. *Lavado del estómago.* 300
IV. *Medicación excitante de la tonicidad muscular.* 302

A. Consideraciones generales, p. 302. — *B*. Atonia gástrica, p. 302.

V. *Intervención quirúrgica.* 306
VI. *Dilatación del estómago en el niño.* 307

CAPÍTULO XX

Tratamiento de la úlcera simple del estómago y del duodeno, POR J. BUCQUOY

I. — ÚLCERA SIMPLE DEL ESTÓMAGO

I. *Consideraciones generales.* 312
II. *Indicaciones terapéuticas en el período de ulceración.* 314

A. Régimen lácteo, p. 314. — *B*. Medicación alcalina, p. 316.

III. *Tratamiento de los síntomas.* 320

A. Hemorragias, p. 321. — *B*. Vómitos, p 322. — *C*. Crisis dolorosas, p. 324.

IV. *Tratamiento del período de cicatrización.* 326
V. *Convalecencia. — Recaídas. — Complicaciones.* 328

II. — ÚLCERA SIMPLE DEL DUODENO

I. *Consideraciones generales.* 330
II. *Tratamiento.* 331

CAPÍTULO XXI

Tratamiento del cáncer del estómago, POR P. MUSELIER

I. *Consideraciones generales.* 335
II. *¿Existe un tratamiento curativo del cáncer del estómago?* . . . 338
III. *Tratamiento paliativo.* 341

A. Perturbaciones digestivas, p. 341. — 1.° Régimen, p. 342. — 2.° Tratamiento médico propiamente dicho, p. 344. — *a*. Anorexia, p. 344. — *b*. Dificultad de las digestiones, p. 345. — *c*. Producción de fermentaciones anormales, p. 346. — *B*. Tratamiento de algunos síntomas en particular, p. 346. — 1.° Dolor, p. 347. — 2.° Vómitos, p. 348. — 3.° Hematemesis, p. 350. — 4.° Tratamiento de los demás síntomas, p. 351.

IV. *Tratamiento de las complicaciones.* 352
V. *Tratamiento quirúrgico.* 354
VI. *Conclusiones.* 354

CAPÍTULO XXII

Tratamiento de la hematemesis, POR P. MUSELIER

I. *Consideraciones generales.* 356

A. Causas generales, p. 357. — *B.* Causas locales, p. 359.

II. *Tratamiento..* 363

A. Indicaciones de urgencia, p. 363. — *B.* Tratamiento preventivo, p. 368. *C.* Tratamiento consecutivo, p. 371.

CAPÍTULO XXIII

Tratamiento del vómito, POR G. ÉTIENNE

I. *Patogenia y fisiología.* 372

II. *Tratamiento general del vómito.* 374

A. Acción sobre el sistema nervioso central, p. 374. — *B.* Acción local sobre el pneumogástrico en su zona estomacal, p. 375. — 1.° Acción directa, p. 375. — 2.° Acción indirecta, p. 377. — *C.* Acción local sobre el pneumogástrico en un territorio distinto de la región estomacal, p. 377. — *D.* Dietética, p. 378.

III. *Tratamiento de los vómitos fundado en la etiología.* 379

A. Vómitos por acción directa, p. 379. — *B.* Vómitos por acción refleja, p. 379. — 1.° En el mismo estómago, p. 379. — 2.° Fuera del estómago, p. 381. — *C.* Vómitos por acción psíquica, p. 385.

IV. *Tratamiento de los vómitos según su naturaleza.* 386

CAPÍTULO XXIV

Tratamiento de las enfermedades del páncreas, POR A. RÉMOND (de Metz)

I. *Consideraciones generales.* 388

II. *Pancreatitis aguda.* 389

III. *Quistes del páncreas.* 390

IV. *Litiasis pancreática. — Esclerosis. — Estearrea. — Diabetes pancreática.* 391

V. *Cáncer del páncreas.* 395

CAPÍTULO XXV

Tratamiento de la dispepsia y de las diarreas en los niños, POR V. HUTINEL

I. *División de la materia.* 396

II. *Dispepsias gastro-intestinales.* 398

A. Consideraciones generales, p. 398. — *B.* Tratamiento, p. 401.

III. *Gastro-enteritis agudas..* 404

A. Consideraciones generales, p. 404. — *B.* Tratamiento, p. 407.

IV. *Cólera infantil.* 413

A. Consideraciones generales, p. 413. — *B.* Tratamiento, p. 416.

V. *Enteritis foliculares. Enteritis mucosas.* 418

A. Consideraciones generales, p. 418. — *B.* Tratamiento, p. 422.

VI. *Diarreas crónicas*. 426

A. Consideraciones generales, p. 426. — *B*. Tratamiento, p. 427. — 1.° Diarreas persistentes de los niños criados al pecho, p. 427. — 2.° Diarreas persistentes de los niños criados con biberón, p. 428. — 3.° Diarreas crónicas en los niños destetados, p. 431. — 4.° Diarreas crónicas de los niños crecidos, p. 433.

VII. *Atrepsia*. 434

A. Consideraciones generales, p. 434. — *B*. Tratamiento, p. 437. — *C*. Tratamiento de las complicaciones, p. 438.

CAPÍTULO XXVI

Tratamiento de la atrepsia, POR H. RICHARDIÈRE

I. *Consideraciones generales*. 440

A. Naturaleza y carácter de la atrepsia, p. 440. — *B*. Etiología, p. 441. — *C*. Diagnóstico, p. 442.

II. *Tratamiento profiláctico*. 443

A. Lactancia, p. 443 — *B*. Reglas para la lactancia natural, p. 444. — *C*. Higiene de la nodriza, p. 445. — *D*. Higiene del niño, p. 446. — *E*. Lactancia artificial, p. 446. — *F*. Esterilización de la leche, p. 448. — *G*. Prematuros. — Niños débiles, nacidos antes de tiempo, p. 450.

III. *Terapéutica de la atrepsia*. 451

A. Tratamiento de los trastornos digestivos, p. 452. — 1.° Tratamiento medicamentoso, p. 452. — 2.° Lavado del estómago, p. 455. — 3.° Lavado del intestino, p. 456. — *B*. Tratamiento del estado general, p. 456.

IV. *Tratamiento de algunos accidentes y complicaciones de la atrepsia*. . . 459

CAPÍTULO XXVII

Tratamiento de la dispepsia intestinal, POR G. ÉTIENNE

I. *Consideraciones generales*. 461

II. *Tratamiento*. 462

A. Trastornos de la secreción, p. 462. — *B*. Trastornos de la motilidad, p. 463. — 1.° Alimentos permitidos, p. 464. — 2.° Alimentos prohibidos, p. 465. — 3.° Bebidas, p. 465. — *C*. Trastornos de la absorción, p. 466.

CAPÍTULO XXVIII

Tratamiento de las enteritis y de la diarrea, POR G. ÉTIENNE

I. — TRATAMIENTO DE LAS ENTERITIS

I. *Consideraciones generales*. 467

II. *Etiología y sintomatología*. 468

A. Causas eficientes, p. 468. — *B*. Causas predisponentes, p. 469. — *C*. Sintomatología, p. 469. — *D*. Diagnóstico del sitio en donde radican las lesiones y de la naturaleza de éstas, p. 470.

III. *Indicaciones terapéuticas*. 471

A. Medicación contra los trastornos de la motilidad, p. 471. — 1.° Hipermotilidad, p. 471. — 2.° Hipomotilidad, p. 472. — *B*. Medicación contra

los trastornos de secreción, p. 472. — *C*. Medicación contra la intoxicación, p. 473. — 1.° Métodos exclusivamente mecánicos, p. 473. — 2.° Régimen dietético, p. 475. — *D*. Medicación contra la infección. Antisepsia intestinal, p. 475. — 1.° Antisepsia mecánica, p. 475. — 2.° Antisepsia medicamentosa, p. 476. — *E*. Medicaciones contra las consecuencias de las enteritis, p. 479.

IV. *Indicaciones derivadas de la naturaleza de la lesión y del punto en donde ésta radica*. 480

II. — TRATAMIENTO DE LA DIARREA

I. *Consideraciones generales*. 481
II *Patogenia y etiología*. 482
III. *Indicaciones terapéuticas*. 484

A. Exageración de la motilidad. — Dolores. — Medicación antiperistáltica, p. 484 — *B*. Obstáculo á la circulación de retorno. — Medicación expoliadora, p. 487 — *C*. Exageración de la secreción de las glándulas intestinales, p. 487. — 1.° Polvos inertes, p. 487. — 2.° Astringentes, p. 488. — *D*. Régimen, p. 491. — *E*. Restitución del agua perdida por el organismo, p. 492.

IV. *¿Cuáles son las diarreas que deben respetarse?* 493

CAPÍTULO XXIX

Tratamiento de la enteritis muco membranosa, POR J. COMBY

I. *Consideraciones generales*. 495

A. Sintomatología, p. 495. — *B*. Diagnóstico, p. 497.

II. *Tratamiento*. 498

A. Profilaxia, p. 498. — *B*. Tratamiento, p. 500.

CAPÍTULO XXX

Tratamiento de la diarrea, POR ALBERTO MATHIEU

I. *Consideraciones generales*. 503
II. *Régimen alimenticio de los diarreicos*. 504
III. *Indicaciones suministradas por las intoxicaciones y las infecciones*. . . 507

A Medios higiénicos, p. 509. — *B*. Medios mecánicos, p. 509. — 1.° Purgantes, p. 509. — 2.° Lavado del intestino, p. 510 — 3.° Medios medicamentosos, p. 411.

IV. *Medicación del peristaltismo exagerado y del dolor*. 512
V. *Medicación de la hipersecreción*. 513
VI. *Tratamiento de los principales tipos clínicos*. 517

A. Diarreas que han de ser respetadas, p. 518. — *B*. Diarreas agudas pasajeras, p. 519. — *C*. Diarreas coleriformes, p. 520. — *D*. Diarreas disenteriformes, p. 522. — *E*. Diarreas dependientes de lesiones crónicas del intestino, p. 523. — 1.° Diarrea de la enteritis tuberculosa, p. 523 — 2.° Diarrea crónica de los países cálidos, p. 524. — *F*. Diarreas palúdicas, p. 525. — *G*. Diarreas nerviosas, p. 525.

CAPÍTULO XXXI

Tratamiento de la diarrea crónica de Cochinchina, POR EDUARDO BOINET

I. *Consideraciones generales.* 527
II. *Tratamiento dietético.* 528
III. *Tratamiento farmacológico.* 530
IV. *Profilaxia.* 534

CAPÍTULO XXXII

Tratamiento de la disentería, POR H. KELSCH

I. *Consideraciones generales.* 537
II. *Etiología.* 540
III. *Terapéutica.* 542

A. Resumen histórico, p. 542.—*B.* Emisiones sanguíneas, p. 545.—*C.* Emolientes y calmantes externos, p. 545.—*D.* Revulsivos, p. 546.—*E.* Evacuantes, p. 546.—1.° Vomitivos, p. 547.—2.° Purgantes, p. 549.—*F.* Medios narcóticos.—Opio, p. 552.—*G.* Astringentes, p. 554.—*H.* Absorbentes, p. 554.—*I.* Tónicos y estimulantes, p. 555.—*J.* Antiparasitarios, p. 555.—*K.* Inyecciones intestinales, p. 556.

IV. *Resumen del tratamiento según las indicaciones.* 559
V. *Tratamiento de las complicaciones.* 561
VI. *Régimen.* 562
VII. *Cuidados higiénicos.* 564

CAPÍTULO XXXIII

Tratamiento del estreñimiento, POR JULIO COMBY

I. *Definición.* 565
II. *Etiología.* 566

A. Causas de orden higiénico, p. 566.—*B.* Causas de orden patológico, p. 567.

III. *Tratamiento.* 569

A. Tratamiento del estreñimiento en los niños de teta, p. 569.—*B.* Tratamiento del estreñimiento después del destete (segunda infancia), p. 571.—*C.* Tratamiento del estreñimiento en los adultos, p. 575.—*D.* Tratamiento del estreñimiento por los medios externos, p. 578.

CAPÍTULO XXXIV

Tratamiento de la oclusión intestinal, POR JULIO COMBY

I. *Consideraciones generales.* 581

A. Definición, p. 581.—*B.* Resumen nosológico, p. 581.

II. *Indicaciones terapéuticas.* 583
III. *Tratamiento quirúrgico.* 585

A. Ano artificial, p. 585.—*B.* Laparotomía, p. 585.

IV. *Conclusiones.* 588

CAPÍTULO XXXV

Tratamiento de la apendicitis, POR C. TALAMON

I. *Consideraciones generales.* 590
II. *Tratamiento médico de las apendicitis agudas.* 596

A. Antiflogísticos, p. 597.—*B.* Calmantes, p. 598.— *C.* Evacuantes, p. 599.— *D.* Reposo absoluto en la cama, p. 600. — *E.* Alimentación y dieta líquida, p. 601. — *F.* Conclusiones, p. 601.

III. *Intervención quirúrgica en las formas agudas.* 602

A. Intervención sistemáticamente precoz, p. 603. — *B.* Intervención razonada y en tiempo oportuno, p. 605. — 1.° Apendicitis sobreagudas, p. 605. — 2.° Apendicitis con peritonitis parcial, p. 607. — 3.° Apendicitis subagudas, p. 608.

IV. *Tratamiento de la apendicitis crónica con recaídas.* 609

A. Tratamiento paliativo, p. 610. — *B.* Tratamiento curativo, p. 611.

V. *Tratamiento preventivo de la apendicitis y de sus recidivas.* 613

A. La primera crisis ha sido una apendicitis supurada, p. 615. — *B.* La primera crisis ha sido una apendicitis plástica, p. 616. — *C.* La primera crisis ha sido una apendicitis parietal simple, p. 617.

CAPÍTULO XXXVI

Tratamiento de las hemorragias intestinales, POR A. MOSSÉ

I. *Consideraciones generales.* 620
II. *Tratamiento de la hemorragia. — Indicaciones urgentes.* 621

A. Hemorragias leves, p. 621. — *B.* Hemorragias de intensidad mediana, p. 622. — *C.* Hemorragias graves, p. 626.

III. *Hemorragias intestinales en algunos casos particulares. — Indicaciones etiológicas.* 629
IV. *Cuidados consecutivos.* 633
V. *Hemorragias gastro-intestinales; melena de los recién nacidos.* . . . 634

CAPÍTULO XXXVII

Tratamiento de la helmintiasis intestinal, POR A. MOSSÉ

I. — HELMINTOS EN FORMA DE CINTA

Prefacio. 637
I. *Consideraciones generales.* 638
II. *Higiene profiláctica.* 639
III. *Tratamiento curativo.* 640

A. Administración de los medicamentos tenífugos. — Reglas generales, p. 642. — 1.° Período preparatorio, p. 642. — 2.° Administración del tenífugo, p. 642. — 3.° Precauciones consecutivas, p. 643. — *B.* Medicamentos tenicidas y tenífugos, p. 644. — 1.° Kamala, p. 645. — 2.° Kousso, p. 645. — 3.° Pepitas de calabaza, p. 646. — 4.° Granado, p. 648. — 5.° Helecho macho, p. 653. — *a.* Caracteres. — Composición, p. 654. — *b.* Acción fisiológica. — Toxicidad, p. 655. — *c.* Preparaciones

farmacológicas. — Modos de administración. — Dosis, p. 656. — *d.* Posología en el niño, p. 560. — *e.* Envenenamiento por los preparados de helecho. — Precauciones profilácticas, p. 661. — 6.° Tenífugos compuestos. — Substancias tenífugas diversas, p. 664.

II. — GUSANOS NEMATODES

I. *Ascárides lumbricoides ó lombrices.* 665

A. Consideraciones generales, p. 665. — *B.* Tratamiento, p. 667. — 1.° Profilaxia, p. 667. — 2.° Tratamiento curativo, p. 667. — *a.* Calomelanos, p. 668. — *b.* Musgo de Córcega, p. 669. — *c.* Semencontra. — Santonina, p. 669.

II. *Oxiuros vermiculares.* 672

A. Consideraciones generales, p. 672. — *B.* Tratamiento, p. 673. — 1.° Tratamiento local, p. 673. — 2.° Tratamiento interno, p. 675. — *C.* Higiene y profilaxia, p. 675.

III. *Anquilostoma ó uncinuria duodenal.* 676

A. Consideraciones generales, p. 676. — *B.* Tratamiento, p. 677. — 1.° Tratamiento curativo, p. 677. — 2.° Medidas profilácticas, p. 678.

IV. *Tricocéfalos.* 679

V. *Triquinas.* 679

VI. *Anguílula estercorácea.* 680

CAPÍTULO XXXVIII

Tratamiento de los tumores y del cáncer del intestino, POR A. MOSSÉ

I. *Consideraciones generales.* 682

II. *Tumores no cancerosos.* 683

A. Pólipos, p. 684. — *B.* Neoplasmas de origen tuberculoso (tuberculomas), p. 684.

III. *Tumores malignos.—Cáncer.* 690

A. Consideraciones generales, p. 690. — *B.* Tratamiento quirúrgico, p. 692. 1.° Cáncer del recto, p. 692. — 2.° Cáncer intra-abdominal, p. 693. — *C.* Tratamiento médico, p. 695. — 1.° Régimen alimenticio é higiénico, p. 695. — 2.° Medicación antiséptica, p. 697. — 3.° Medicación tónica y reconstituyente, p. 697. — 4.° Tratamiento de los accidentes locales, p. 699.

IV. *Ensayos de seroterapia y de toxiterapia sobre los tumores malignos.* . 700

CAPÍTULO XXXIX

Indicaciones y contraindicaciones quirúrgicas en las afecciones médicas del estómago POR F. VERCHÈRE

I. *Consideraciones generales.* 706

II. *Objeto que pueden conseguir los medios quirúrgicos aplicados al estómago.* 709

III. *Indicaciones y resultados de la intervención quirúrgica en las afecciones no neoplásicas del estómago.* 711

A. Indicaciones fundadas en las complicaciones, p. 711. — 1.° Hemorragias, p. 711. — 2.° Adherencias estomacales, p. 713. — *B.* Indicaciones fundadas en los síntomas debidos al estancamiento del contenido estomacal, p. 715. — 1.° Estenosis estomacal, p. 715. — *a.* Procedimientos

que obran sobre la misma estenosis, p. 718. — *b*. Procedimientos que tienen por objeto restablecer la circulación gastro-intestinal, p. 723. — 2.° Indicaciones operatorias en la úlcera del estómago, no complicado, p. 725.

IV. *Indicaciones y resultados de la intervención quirúrgica en las afecciones neoplásicas del estómago*. 728

A. Neoplasmas benignos, p. 729. — *B*. Neoplasmas malignos. — Cáncer del estómago, p. 729. — 1.° Ablación del tumor, p. 730. — *a*. Pilorectomía, p. 730. — *b*. Raspado y legrado del estómago canceroso, p. 733. — 2.° Restablecimiento del curso de los alimentos, p. 734. — *a*. Divulsión digital del píloro canceroso después de una gastrotomía, p. 734. — *b*. Gastro-enterostomía, p. 734.

CAPÍTULO XL

Nociones de patología é indicaciones terapéuticas generales sobre las enfermedades del hígado, POR J. TEISSIER

I. *Introducción*.. 738
II. *Etiología general*. 739
III. *Indicaciones de terapéutica general que se deducen de las consideraciones patológicas anteriores*. 747

A. Medicación preventiva ó profiláctica, p. 750. — *B*. Medicación curativa, p. 756. — *C*. Medicación sintomática y de las complicaciones, p. 760.

CAPÍLULO XLI

Tratamiento de la congestión del hígado, POR EDUARDO BOINET

I. *Consideraciones generales*. 765

A. Delimitación del asunto, p. 765. — *B*. Importancia de un tratamiento precoz, p. 766. — *C*. Patogenia, p. 767. — *D*. Etiología, p. 769 — 1.° Congestiones activas, p. 769. — 2.° Congestiones pasivas, p. 774.

II. *Tratamiento*.. 774

A. Congestiones agudas, p. 774. — *B*. Congestionss crónicas, p. 776. — 1.° Indicaciones terapéuticas generales, p. 776. — 2.° Del régimen en el tratamiento de la congestión crónica del hígado, p. 777. — *a*. Congestión por abuso de la ingesta, p. 777. — *b*. Congestión de los gastro-ectásicos y de los dispépticos, p. 777. — *c*. Antisepsia intestinal, p. 780. — *d*. Colagogos, p. 782. — *e*. Calomelanos, p. 784. — *f*. Bicarbonato de sosa, p. 786. — *g*. Acidos minerales, p. 787. — *h*. Opoterapia, p. 787. — *i*. Aguas minerales. — Hidroterapia. — Tratamiento local, p. 787.

III. *Tratamiento de las diversas formas clínicas*. 791

A. Congestión por abusos de ingesta, p. 791. — *B*. Congestión del hígado en los dispépticos, p. 791. — *C*. Congestión del hígado en los gotosos, p. 792. — *D*. Congestión del hígado en los diabéticos, p. 793. — *E*. Congestión palúdica, p. 795. — *F*. Congestiones pasivas del hígado, p. 795.

CAPÍTULO XLII

Tratamiento de las ictericias benignas, POR EDUARDO BOINET

I. *Consideraciones generales*. 798

A. Ictericia catarral, p. 799. — *B*. Ictericias infecciosas benignas, p. 800.

II. *Tratamiento de las ictericias benignas en general*. 803

A. Régimen, p. 803. — *B*. Purgantes, p. 803. — *C*. Antisépticos, p. 804. — *D*. Medicamentos que tienden á restablecer la permeabilidad biliar, p. 805. — *E*. Aguas termales, p. 806. — *F*. Enemas abundantes de agua fría, p. 807. — *G*. Ictericias crónicas, p. 809. — *H*. Eliminación de los productos tóxicos por las vías renal y cutánea y por el aumento de las oxidaciones, p. 811.

III. *Tratamiento de algunos trastornos morbosos relacionados con la ictericia.* 812

IV. *Indicaciones terapéuticas especiales de algunas variedades de ictericia.* . 816

CAPÍTULO XLIII

Tratamiento de las ictericias graves, POR V. THEVENET

I. *Consideraciones generales.* 822

A. Las causas. — Las categorías, p. 823. — 1.° Ictericias graves secundarias, p. 823. — 2.° Ictericias graves primitivas, p. 825. — *a*. De algunas causas predisponentes, p. 826. — *b*. Especificidad morbosa y especificidad microbiana, p. 827. — *B*. El síndrome, p. 828. — *C*. Lesiones cardinales, p. 830. — 1.° Parénquima hepático, p. 830. — 2.° Parénquima renal, p. 831. — 3.° Sangre, p. 831. — 4.° Relaciones mutuas de las lesiones, p. 832. — *D*. Naturaleza de la enfermedad, p. 833. — *E*. La autointoxicación, p. 834.

II. *Tratamiento.* 836

A. Las indicaciones, p. 836. — *B*. La medicación, p. 838. — 1.° La profilaxia, p. 838. — *a*. Ictericias agravadas, p. 838. — *b*. Ictericias graves primitivas, p. 840. — 2.° Los remedios, p. 840. — *a*. El agente infeccioso, p. 840. — *b*. Estado general y nutrición. — Piel, p. 841. — *c*. Variaciones térmicas, p. 843. — *d*. Sistema nervioso, p. 845. — *e*. Útero, p. 845. — *f*. Trastornos digestivos, p. 846. — *g*. El corazón, p. 846. — *h*. La sangre, p. 847. — *i*. El riñón, p. 848. — *j*. El hígado, p. 849.

CAPÍTULO LXIV

Tratamiento de la ictericia de los recién nacidos, POR E. WEILL

I. *División de la materia.* 851

II. *Ictericia idiopática.* 851

A. Consideraciones generales, p. 851. — *B*. Tratamiento, p. 858.

III. *Ictericias sintomáticas.* 859

A. Afecciones de las vías biliares, p. 859. — *B*. Afecciones del hígado, p. 860. — *C*. Ictericia de las infecciones generales, p. 860. — 1.° Consideraciones generales, p. 860. — 2.° Tratamiento, p. 862.

CAPÍTULO XLV

Tratamiento de las degeneraciones hepáticas, POR CH. ACHARD

I. *De las diversas degeneraciones hepáticas.* 866

II. *Degeneración grasosa.* 867

A. Consideraciones generales, p. 867. — *B*. Indicaciones terapéuticas, p. 868.

III *Degeneración amiloidea.* 869

A. Consideraciones generales, p. 869 — *B*. Indicaciones terapéuticas, p. 870.

CAPÍTULO XLVI

Tratamiento de la tuberculosis del hígado, POR CH. ACHARD

I. *Consideraciones generales.* 871
II *Indicaciones terapéuticas.* 873

A. Tratamiento local, p. 873. — *B*. Tratamiento general, p. 873.

CAPÍTULO XLVII

Tratamiento del cáncer del hígado, POR CH. ACHARD

I. *Consideraciones clínicas y anatómicas.* 875
II. *Indicaciones terapéuticas.* 877

CAPÍTULO XLVIII

Tratamiento de los quistes hidatídicos del hígado, POR CH ACHARD

I. *Consideraciones clínicas.* 879
II. *Métodos terapéuticos.* 883

A. Punciones é inyecciones, p. 884. — *B*. Métodos quirúrgicos, p. 887. — *C*. Resumen de las indicaciones, p. 888.

III. *Profilaxia.* 889

CAPÍTULO XLIX

Tratamiento de las cirrosis, POR ARMANDO SIREDEY

I. *Consideraciones generales.* 890

A. Curabilidad de las cirrosis, p. 890. — *B*. Condiciones de curabilidad de las cirrosis, p. 893. — *C*. Causas y patogenia de las cirrosis, p. 899. — 1.° Causas predisponentes, p. 899. — 2.° Causas determinantes, p. 900. — *D*. Semiología general de las cirrosis. — Necesidad de un diagnóstico precoz. — Pequeños signos de la cirrosis, p. 904.

II. *Tratamiento de la cirrosis en general.* 905

A. Profilaxia, p. 905. — *B*. Período preascítico, p. 906. — 1.° Tratamiento higiénico, p. 907. — *a*. Régimen alimenticio, p. 907. — *b*. Higiene del intestino, p. 912. — *c*. Tratamiento higiénico general, p. 914. — 2.° Tratamiento farmacológico, p. 915 — 3.° Tratamiento local, p. 923. — 4.° Tratamiento de las complicaciones, p. 924 — *C*. Período ascítico, p. 926. — 1.° Tratamiento médico, p. 926. — 2.° Paracentesis del abdomen, p. 930.

III. *Tratamiento de las diversas variedades de cirrosis.* 932

A. Cirrosis alcohólica hipertrófica, p. 933. — *B*. Cirrosis atrófica, p. 934. — *C*. Cirrosis hipertrófica de Hanot, p. 935. — *D*. Cirrosis biliar calculosa, p. 936. — *E*. Cirrosis cardíaca, p. 937. — *F*. Cirrosis sifilítica, p. 937. — *G*. Cirrosis palúdica, p. 939. — *H*. Cirrosis de los diabéticos, p. 940.

CAPÍTULO L

Tratamiento de la litiasis biliar, POR A. CHAUFFARD

I. *Consideraciones generales.* 942
II. *Indicaciones terapéuticas.* 944
III. *Tratamiento de la enfermedad litógena.* 945

A. Consideraciones generales, p. 945. — *B.* Higiene general, p. 947. — *C.* Tratamiento medicamentoso, p. 948. — 1.° Tratamiento hidromineral, p. 948. — 2.° Tratamiento medicamentoso propiamente dicho, p. 951.

IV. *Tratamiento del cólico hepático.* 954
V. *Tratamiento de la obstrucción y de la infección biliares.* 955

A. Tratamiento médico, p. 956. — *B.* Indicaciones quirúrgicas en el tratamiento de la litiasis biliar, p. 958.

VI. *Tratamiento de las complicaciones.* 960

A. Cirrosis calculosa, p. 961. — *B.* Pileflebitis, p. 961. — *C.* Migraciones anómalas, p. 961.

CAPÍTULO LI

Tratamiento de la peritonitis aguda, POR P. HAUSHALTER

I. *Consideraciones generales.* 964
II. *Tratamiento de la peritonitis aguda generalizada.* 966

A. Tratamiento preventivo, p. 966. — *B.* Tratamiento de la peritonitis declarada, p. 967. — 1.° Tratamiento médico, p. 967. — 2.° Tratamiento quirúrgico, p. 970.

III. *Tratamiento de la peritonitis aguda localizada.* 976

CAPÍTULO LII

Tratamiento de las peritonitis tuberculosa y cancerosa, POR P. HAUSHALTER

I. — PERITONITIS TUBERCULOSA

I. *Consideraciones generales.* 978
II. *Tratamiento.* 979

A. Tratamiento médico, p. 979. — 1.° Tratamiento general, p. 980. — 2.° Tratamiento local y sintomático, p. 980. — *B.* Tratamiento operatorio, p. 981. — 1.° Punción simple, p. 981. — 2.° Punción seguida de lavado de la cavidad peritoneal, p. 981. — 3.° Punción seguida de inyecciones modificadoras, p. 982. — 4.° Laparotomía, p. 984.

II. — PERITONITIS CANCEROSA

Tratamiento de la peritonitis cancerosa. 988

CAPÍTULO LIII

Tratamiento de la ascitis, POR C. GIRAUDEAU

I. *Necesidad de un tratamiento causal.* 990
II. *Crítica de las medicaciones propuestas.* 991
III. *De la punción.* 993
IV. *Casos particulares.* 996

615

A. ROBIN

TRATADO DE TERAPÈUTICA APLICADA

TOMO 5

16.170