1875. X

MANUAL

DE

PATOLOGÍA Y CLÍNICA MÉDICAS,

POR EL DOCTOR

D. José M. Vilches y Entrena,

TOMO SEGUNDO.

CÁDIZ.
PRENTA DE D. ALENDRO GUERRERO,
calle de San Jo. núm. 52.

1875

MANUAL

DE

PATOLOGÍA Y CLÍNICA MÉDICAS.

SX/X
6338

MANUAL

DE

PATOLOGÍA Y CLÍNICA MÉDICAS,

POR EL DOCTOR

D. José M. Vilches y Entrena,

CATEDRÁTICO NUMERARIO DE LA ASIGNATURA DE CLÍNICA MÉDICA
DE LA FACULTAD DE MEDICINA
DE LA UNIVERSIDAD LITERARIA DE SEVILLA EN CÁDIZ, CABALLERO
COMENDADOR DE LA REAL Y DISTINGUIDA ÓRDEN ESPAÑOLA
DE CÁRLOS III, SÓCIO DE NÚMERO DE LA ACADEMIA DE MEDICINA
Y CIRUGÍA DE CÁDIZ,
Y DE LA ECONÓMICA GADITANA DE AMIGOS DEL PAÍS,
SÓCIO CORRESPONSAL DE LA ECONÓMICA SEVILLANA, Y DE LAS ACADEMIAS
DE MEDICINA DE BARCELONA, SEVILLA, VALENCIA, GRANADA,
GALICIA Y ASTURIAS, É INDIVIDUO DE OTRAS VARIAS CORPORACIONES
CIENTÍFICAS Y LITERARIAS.

TOMO SEGUNDO.

CÁDIZ.
IMPRENTA DE D. ALEJANDRO GUERRERO,
calle de San José, núm. 52.

1875.

Esta obra es propiedad del autor, y todos los ejemplares irán sellados y rubricados.

QUINTA SECCION.

Enfermedades del aparato digestivo.

Hemos de comprender en esta seccion las enfermedades principales de la boca, faringe, esófago, estómago é intestinos; y á más las de los órganos anexos al mismo, hígado, bazo, páncreas y peritoneo, que son los que forman aparato de tanta importancia.

CAPÍTULO I.

Afecciones de la boca.

Exploracion.—Al examinar esta parte importante del aparato digestivo, lo primero que se presenta son los lábios; éstos pueden estar secos ó húmedos, rojos ó descoloridos; las encías estarán tumefactas, pálidas ó rubicundas, tambien fungosas, desprendiendo humor sanioso ó alguna sangre; la mucosa que tapiza toda la cavidad que examinamos suele ofrecer todos estos caractéres, como igualmente estar edematosa, con aftas, ulceraciones, falsas membranas, puntos gangrenosos ó tal vez algun absceso. Debemos tener en

cuenta en esta exploracion el olor del aliento, carácter y cantidad de saliva, y el modo de efectuarse la deglucion de sólidos y líquidos. No olvidemos ver el estado de los dientes; si vacilan ó están doloridos, si tienen alteracion en su estructura, si hay en ellos sequedad, si se hallan empañados, brillantes, con fúligo, etc.

Pero el exámen de la lengua es lo de más interés en esta parte del aparato digestivo: fijémonos en el color, si es igual, si es diferente en la punta y bordes, y en la base; si está cubierta de capa blanquecina ó amarillenta, obscura ó fuliginosa; si está seca, húmeda ó áspera, etc.; es muy esencial apreciar su forma, si está ancha, puntiaguda, aplastada ó abultada; si está ardiente, fria, dolorida, trémula, y otras mil particularidades de gran valor diagnóstico. Tambien debemos explorar la region parotidea, pues si bien las lesiones de la glándula son por lo comun del dominio de la cirugía, puede sin embargo notarse alteracion que sea exclusivamente del dominio médico; tal vez una inflamacion flemonosa que resida en el tejido que une los lóbulos de la parótida, quizás un simple abultamiento difuso con fiebre en las regiones parotidea y submaxilar, ó tal vez una hinchazon en las glándulas parótidas por causa general, ó su presencia en el curso de ciertas enfermedades, pudiendo entónces ser *críticas* ó *acríticas*, segun sean de bueno ó de mal augurio, y otras alteraciones que podemos encontrar, son motivos suficientes para explorar con detencion tan importantes regiones.

CAPÍTULO II.

Inflamacion de las encías.

SINONIMIA.—Gingibitis.

CAUSAS.—Se considera capaz de producir la gingibitis, todo lo que pueda exaltar la vitalidad de la mucosa que tapiza las encías, y principalmente las bebidas, alimentos y condimentos estimulantes, y ciertas enfermedades del estómago.

SIGNOS DIAGNÓSTICOS.—Rubicundez de las encías, tumefaccion en ellas, están doloridas, suelen dar sangre al más ligero contacto; alguna vez se forman flemones; otras, pequeñas úlceras, y en ocasiones fungosidades y áun excrecencias.

TRATAMIENTO.—Al principio, buches emolientes; si hay dolor, calmantes; si las encías dan sangre, los astringentes; si se presentan excrecencias ó fungosidades, los cateréticos; y si la flegmasia es dolorosa é intensa, podrán convenir las escarificaciones.

CAPÍTULO III.

Hemorragia bucal.

CAUSAS.—En la mayoría de casos se presenta esta hemorragia, sintomática de otra afeccion, generalmente del escorbuto; tambien puede ser consecutiva á la avulsion de un diente, á una herida ó rotura de

alguna variz, que pueda haberse desarrollado en la cavidad bucal.

Síntomas.—La sangre sale mezclada unas veces con la saliva, otras sale sóla y como babeando, en más ó ménos cantidad, segun de dónde proceda, y en alguna ocasion hay ardor, calor y áun dolor, segun cual sea la causa que la motive.

Diagnóstico.—Es sumamente fácil, pues basta examinar la boca para apreciar su procedencia.

Tratamiento.—Colutorios refrigerantes, astringentes, compresion metódica, y alguna vez la cauterizacion, pudiendo llegar á ser necesario emplear en ocasiones hasta el cauterio actual.

CAPÍTULO IV.

Noma.

Sinonimia.—Gangrena de la boca.

Esta afeccion reviste una forma especial de gangrena, que consideramos como terminacion de una inflamacion *asténica*.

Causas.—La niñez; el uso de alimentos poco nutritivos ó de mala calidad; el permanecer en sitios poco salubres, y el estado caquéctico: suele presentarse como consecuencia del sarampion, y es muy rara su manifestacion despues de otras fiebres exantemáticas, y áun de la tifoidea, pero sí favorece su presencia el abuso de los mercuriales.

Síntomas.—Se observa en la cara interna de los carrillos y encías, casi siempre sin dolor; hay edema blando exteriormente en las mejillas y labio superior;

en su centro suele formarse un foco duro, redondo; hay brillo en la piel y áun mancha morada; la saliva es sanguinolenta ó negruzca y fétida; palidez general, piel fresca, pequeñez de pulso con alguna frecuencia, y de noche no es extraño se presente delirio; cuando la enfermedad progresa se forma una escara exterior, se establece una perforacion, se van destruyendo las partes inmediatas que se esfacelan; el olor es característico, pero insoportable; hay postracion y diarrea, y en estado de completa adinamia sucumbe el paciente.

Pronóstico.—Siempre es reservado, pues la gravedad en muchos casos es tal que la terminacion es funesta.

Tratamiento.—Aconséjese á estos enfermos esmerada limpieza y la más escrupulosa higiene, respirar aire puro, usar alimentos escogidos y sanos; buen vino y antisépticos al interior, y para curacion local.

En ocasiones es preciso recurrir al cauterio actual, para destruir los tejidos que se gangrenan, y provocar la oportuna reaccion inflamatoria en las partes adyacentes.

CAPÍTULO V.

Glositis.

Definicion.—La inflamacion de la lengua.

Es superficial cuando sólo está afecta la mucosa que la cubre, pues cuando el tejido propio del órgano está interesado, se llama profunda ó parenquimatosa.

Causas.—Todas las que producen las diversas especies de estomatitis lo son de la superficial, y de la profunda las quemaduras, heridas, accion de sustancias

acres corrosivas, las picaduras de insectos y la estomatitis mercurial.

Síntomas.—En la superficial hay alguna tumefaccion y rubicundez, sequedad, dureza, retraccion, dolor y escozor; está cubierta la lengua de una capa parduzca, y la masticacion es difícil. En la parenquimatosa hay aumento rápido de volúmen, que obliga á abrir la boca y sacar la lengua, que se presenta seca, roja ó violada, sensible y conservando la impresion de los dientes; la deglucion y respiracion es difícil; la cara está encendida y tumefacta; hay sed intensa, fiebre y algun otro síntoma; puede la hinchazon ser tal que deprima la epiglótis, comprima la laringe y determine la sofocacion.

Curso, duracion y terminacion.—Aunque se trate de la glositis superficial, es el curso lento, pero termina por curacion; en la parenquimatosa, siempre su duracion es larga, y termina por resolucion, supuracion, gangrena y áun por asfixia.

Pronóstico.—En la parenquimatosa es grave.

Tratamiento.—En la superficial, como medios generales, diluentes y ligera alimentacion.

Como tópicos, emolientes, calmantes y alguna vez astringentes. En la profunda, pueden ser indispensables las sangrías, sanguijuelas debajo de la mandíbula en muchos casos; y si la flegmasia es muy intensa, escarificaciones profundas, pedazos de nieve ó hielo en la boca; y si los accesos de sofocacion lo exigen, la traqueotomía.

CAPÍTULO VI.

Parotiditis.

DEFINICION.—Es la inflamacion de la parótida y de los tejidos inmediatos.

Haciendo abstraccion de las que pertenecen al dominio de la cirugía, tenemos que ocuparnos de la parotiditis idiopática ó polimorfa, y de la sintomática ó metastática.

CAUSAS.—Casi siempre reina epidémicamente la idiopática, en tiempo frio y húmedo, en primavera y otoño; su carácter es evidentemente contagioso; sin embargo, parece exagerado colocar esta afeccion entre las infectivas, considerando la inflamacion de la parótida como una manifestacion de enfermedad general.

La sintomática viene á ser un epifenómeno de determinadas afecciones graves, con preferencia de la fiebre tifoidea; no sólo se presenta en enfermedades infectivas, sino en otras como la pneumonía, así es que no podemos convenir en que la parotiditis se derive de una irritacion de la glándula, porque la sangre esté infecta.

SÍNTOMAS.—Hay en la idiopática síntomas precursores, que los constituyen fiebre, y los trastornos que ésta produce: aparece la hinchazon por las inmediaciones del lóbulo de la oreja, extendiéndose á la mejilla y cuello, y por lo comun sólo se afecta al principio un sólo lado. El tumor tiene su mayor dureza en la parte céntrica; la piel poco se altera; los movimientos de cabeza son difíciles, pues hay tirantez; la boca se

abre poco, se mastica y deglute con trabajo. La hinchazon suele invadir el opuesto lado, y entónces cede por donde empezó, si bien al sexto dia próximamente desaparece la inflamacion; no es raro en esa época notar violenta fiebre y ponerse el tumor sensible, rojo y duro, terminando por un absceso, que unas veces se abre en el conducto auditivo externo, otras lo hace por fuera; coincide en muchos casos con la parotiditis idiopática, la inflamacion de un testículo, sobre todo en los adultos. En la sintomática, como se presenta en el curso de una enfermedad, unas veces su aparicion es rápida, otras lenta, y no es extraño la preceda escalofrios y exacerbacion febril. Los síntomas subjetivos son análogos á los de la idiopática, y como ella, termina por resolucion ó por supuracion.

Pronóstico.—Hagámoslo reservado por las complicaciones á que la parotiditis puede dar lugar.

Tratamiento.—Aconsejemos en la idiopática, sustraerse de las influencias nocivas exteriores, seguir una ligera alimentacion, provocar las evacuaciones de vientre y resolutivos tópicos; si los síntomas hicieran temer la supuracion, quizás se opondria á ello las aplicaciones de sanguijuelas; cuando haya fluctuacion, emolientes, cataplasmas, etc., y si hay pus, por medio de la puncion debe darse salida á él, lo más ántes posible.

Pero en la sintomática, si está el tumor duro, encendido y dolorido, aplíquense compresas frias; si no se resuelve, ántes al contrario, hay tendencia á terminar por supuracion, favorézcase la terminacion que se presenta, y procúrese dar salida al pus pronto, empleando el plan general que exija el estado del paciente.

CAPÍTULO VII.

Enfermedades de la faringe.

Exploracion.—Siendo esta parte del tubo digestivo accesible á la vista y al tacto, nada mejor que proceder al exámen de sus lesiones, por medio de estos sentidos, para adquirir certeza de ellas.

La abertura de la boca, de modo que reciba directamente la luz, hace fácil la inspeccion, abatiendo al mismo tiempo la lengua y elevando el velo palatino; esto se consigue siempre que el paciente pronuncie la vocal *A* prolongada, y lo primero por medio de depresores de la lengua; tambien pudiéramos valernos del speculum, que hoy está en desuso. En aquellos casos en que no sea posible abrir bien la boca para hacer el reconocimiento, la introduccion del dedo índice, y su colocacion en las partes laterales del fondo de la boca, puede servir para facilitar el diagnóstico.

Pero lo que más ilustra y favorece esta exploracion es el microscopio, por cuyo medio inquirimos la naturaleza de ciertas exudaciones, y el laringoscopo, por el que vemos ciertas partes de la faringe, que no pueden examinarse bien por la inspeccion directa.

CAPÍTULO VIII.

Amigdalitis crónica.

Sinonimia.—Amigdalitis tonsilar; faringitis tonsilar crónica.

Causas.—En la inmensa mayoría de casos sobreviene esta afeccion, á consecuencia de frecuentes ataques de amigdalitis aguda.

Síntomas.—El incremento que las glándulas llegan á adquirir es considerable, constituyéndolas en un estado hipertrófico. Acusan los que padecen esta enfermedad, sensacion en la garganta de un cuerpo extraño, y alguna dificultad en la respiracion; la voz suele ser gangosa y la pronunciacion difícil; por las mañanas el aliento es algo fétido, lo que depende de las concreciones que se forman en las depresiones de las amígdalas. Por el reconocimiento, se observa aumento extraordinario de las glándulas, y unas veces el color es rojo subido, otras hay descoloracion; la superficie es desigual, su dureza en ocasiones considerable; suele haber mucosidades espesas, difíciles de desprender, y carencia de síntomas generales.

Pronóstico.—Aunque no grave, debe hacerse reservado.

Tratamiento.—Los medios internos son ineficaces: empléese la cauterizacion con tintura de yodo, nitrato de plata sólido ó en disolucion concentrada; y si hay gran hipertrofia ó estado escirroso, recúrrase á la escision de las amígdalas.

CAPÍTULO IX.

Angina pseudo-membranosa.

Sinonimia.—Difteritis, angina ó faringitis maligna, ulcerosa, gangrenosa, etc.

Definicion.—Es la inflamacion del velo del paladar, amígdalas, faringe, y á veces por propagacion de la laringe y áun bronquios, se caracteriza por formacion de falsas membranas.

Causas.—La niñez, las constituciones débiles, estaciones frias y húmedas, se trasmite al parecer por infeccion, y se produce además por las mismas causas determinantes que el croup.

Síntomas.—Al empezar, ligero dolor de garganta, dificultad para deglutir, sequedad y rubicundez en la boca posterior y fiebre. Despues de la rubicundez, que es punteada, aparecen manchas opalinas, como moco coagulado, que de blanquizco que primero es, pasa á agrisado: si se arranca esa falsa membrana, el tejido adyacente se presenta rojizo, inyectado y como equimosado. Las amígdalas se cubren de falsas membranas de aspecto súcio; el aliento se hace fétido, la saliva es abundante y la voz se altera. Cuando la inflamacion gana terreno, veremos salir por la nariz humor fétido, la deglucion es algo molesta, y dicho se está que los síntomas serán mucho más alarmantes si se propaga á la laringe (véase croup).

La fiebre al principio no es fuerte, y á lo dicho podemos añadir inapetencia, debilidad, abatimiento, etc.

Curso, duracion y terminacion.—Es enfermedad que

aparece de una manera insidiosa, y recorre sus períodos con prontitud, terminando muchas veces de una manera funesta.

Pronóstico.—De mucha gravedad, y cuando se propaga á la laringe, casi pueden perderse las pocas esperanzas que habia de curacion.

Diagnóstico.—Hemos tratado esta enfermedad con poca extension, por remitir al lector á los cuadros respectivos, donde se trata de las anginas y de las diversas formas de laringitis, con el detenimiento que requiere tan importante punto.

Tratamiento.—El local consiste en la cauterizacion con el nitrato de plata, el ácido clorhídrico, etc., insuflaciones de polvos astringentes (tanino y alumbre), clorato de potasa y áun sustancias cáusticas. El general estriba en vomitivos, tónicos y antisépticos.

La terapéutica profiláctica, en alejarse del punto de infeccion.

CAPÍTULO X.

Enfermedades del esófago.

Exploracion.—Difícil es explorar este órgano, y pocos los medios que tenemos para conseguirlo; sin embargo, la sonda esofágica es un auxiliar que puede introducirse alguna vez por la nariz, como aconsejan ciertos autores, y por la boca en la mayoría de casos, cuya introduccion es más fácil. Siempre que haya precaucion de encorvar la sonda convenientemente por su extremidad, con objeto de que pueda seguir la pared posterior de la faringe, evitarémos la entrada en la laringe, que acarrearia una sofocacion súbita, y comprometeria la vida del enfermo.

De este modo recogerémos datos, que unidos á los síntomas que apreciemos por la explicacion del paciente, podrán servirnos para diagnosticar si hay una inflamacion, estrechez, dilatacion, etc., afecciones que debemos conocer; pues las demás, unas son del dominio de la cirugía, y otras, son ineficaces los medios de que podemos disponer para combatirlas.

CAPÍTULO XI.

Esofagitis.

DEFINICION.—Es la inflamacion del esófago.

CAUSAS.—La ingestion de sustancias acres; las bebidas muy frias ó muy calientes; el paso por el esófago de cuerpos extraños de forma desigual; la introduccion de sondas, y algunas veces la gastritis ó la faringitis, son las principales de esta afeccion.

SÍNTOMAS.—Mondier, que es uno de los que mejor han estudiado esta enfermedad, da gran importancia al dolor; éste es más ó ménos vivo á lo largo del esófago, ó en un punto limitado, unas veces súbito é intenso, y otras profundo pero gradual; dolor que se exacerba con la deglucion, y sobreviene opresion y gran ansiedad: los enfermos acusan sensacion de sequedad y de quemadura. En la parte flogoseada, suelen detenerse los alimentos, y se produce hipo, vómito con mucosidades sanguinolentas y productos de exudacion.

Como síntomas generales, tenemos fiebre más ó ménos alta, segun la intensidad de la flegmasia, y sed debida al aumento de calor y estado de agitacion que se observa en cuantos padecen esta afeccion, en su forma ordinaria, que es la que describimos.

Curso, duracion y terminacion.—Alguna vez el curso es rápido, pero éste y la duracion depende de la terminacion que adopte la enfermedad; en la mayoría de casos es por resolucion, pero tambien termina por induracion, gangrena, etc.

Pronóstico.—En el primer caso es favorable; en el segundo, ó cuando hay estrechez esofágica, es grave.

Tratamiento.—Sométase al enfermo al uso de bebidas refrigerantes y emolientes; las sanguijuelas podrán ser útiles á lo largo del cuello; si se presenta fuerte reaccion, tal vez convenga alguna sangría si el estado general lo permite, baños templados, derivativos al tubo intestinal y usar alimentos líquidos.

CAPÍTULO XII.

Estrechez del esófago.

Causas.—La compresion unas veces, la presencia de un neoplasma desarrollado en el conducto, ó modificaciones de textura en sus paredes, producidas en el mayor número de casos por esofagitis, son las que podemos considerar como productoras de este padecimiento.

Síntomas.—Hay dificultad en deglutir; detencion de los alimentos en un punto del canal esofágico; regurgitacion de los mismos; más bien que dolor, sensacion de presion, que produce incomodidad y angustia penosa. La estrechez parece afectar con preferencia la parte inferior del esófago: la sonda proporciona los principales elementos de diagnóstico, marcándonos su grado, su sitio y áun su forma: como síntomas gene-

rales, sólo debemos mencionar el enflaquecimiento gradual que sobreviene, á consecuencia de la insuficiente alimentacion que usan estos enfermos.

Pronóstico.—No deja de tener gravedad, por las dificultades inherentes al tratamiento que debe emplearse.

Tratamiento.—Es este puramente quirúrgico: la cauterizacion, escarificacion y la dilatacion esofágica, son los medios empleados para combatir la enfermedad, acudiendo en último extremo á la esofagotomía.

CAPÍTULO XIII.

Dilatacion del esófago.

Limitada á un corto espacio unas veces, é interesando otras toda la extension del conducto, podemos considerar esta afeccion total ó parcial.

En casos de dilatacion parcial, no se distiende toda la circunferencia del tubo, sino en uno de los lados de la pared se forma por la mucosa una hérnia, á través de las fibras musculares y de la membrana celulosa externa.

Causas.—Cuerpos extraños detenidos cuando son voluminosos, todo obstáculo á la deglucion, una estrechez, la parálisis de las fibras musculares y otras difíciles de apreciar, son las que originan este padecimiento.

Síntomas.—Acumulacion de los alimentos que forman tumor en el cuello, sobre todo cuando hay estrechez; aliento fétido debido á la alteracion de los alimentos detenidos, á veces regurgitacion de ellos. Por

medio de la sonda esofágica se aclara el diagnóstico.

Pronóstico.—Éste siempre tiene cierta gravedad.

Tratamiento.—Es impotente contra esta enfermedad; será conveniente empujar los alimentos al estómago ó hacerlos devolver; y la alimentacion con la sonda será un medio en que se funde una esperanza incierta, de ver disminuir la dilatacion, siquiera sea ésta parcial.

CAPÍTULO XIV.

Enfermedades del estómago.

Exploracion.—Necesario es tener muy en cuenta la disposicion anatómica de este órgano, y las modificaciones que experimenta, ya se halle en estado fisiológico ó patológico, pues de ello es preciso hacer en la práctica frecuentes aplicaciones para el diagnóstico.

Numerosas son las enfermedades que en el estómago tienen su manifestacion principal, ó son propias del mismo. No pocas veces, ellas son el punto de partida de accidentes cerebrales simpáticos, como vértigos y síncopes.

Sus signos son numerosos, como que las enfermedades de dicho órgano son complicadas, y de aquí que la exploracion tenga que ser precisamente minuciosa, pues deben recogerse muchos datos para fundar acertadamente el diagnóstico.

Por mucha que sea la importancia que tenga el apreciar si el dolor es espontáneo ó provocado, si se localiza en determinado punto del estómago, si las materias arrojadas ofrecen este ó aquel carácter, datos indudablemente utilísimos para el diagnóstico, la exploracion

de la region que tan interesante órgano ocupa, es lo que llega á facilitarnos los más preciosos, para establecerlo convenientemente.

La *inspeccion,* si hay laxitud en la pared abdominal, nos dará á conocer el lugar que ocupa el estómago; éste podrá estar reducido ó distendido en la region epigástrica, de una manera tal que sea accesible á la vista. En este caso, la *palpacion* puede servirnos para apreciar si la presencia de gases, si líquidos ó gases, ó la existencia de algun tumor, es la causa de la distension, pudiendo en ciertos casos hasta reconocer la forma y volúmen del mismo.

La *percusion,* nos servirá para percibir los ruidos y sensaciones, que indicar pueden la presencia de gases, sólidos ó líquidos, y más particularmente la resistencia ó tumores que pueda presentar el órgano.

Por medio de esta exploracion, podemos tambien descubrir el dolor; pero nada más difícil que precisar el asiento de ciertos dolores epigástricos, lo mismo que indagar la causa de los vómitos, y hasta el orígen de ciertas perturbaciones funcionales de órgano tan importante.

Pero no podemos prescindir, al hacer la exploracion del estómago, de hacer el reconocimiento de la lengua, porque en dicho órgano podemos apreciar síntomas de gran importancia para el diagnóstico de las enfermedades.

Por medio del tacto, apreciamos su grado de sequedad ó de humedad, de blandura ó de dureza, y algunas otras particularidades que puede ofrecer; y por la inspeccion, si es que está rosada ó de color rojo grisáceo, propio del estado fisiológico, si el rojo es más ó menos vivo, ocupando simplemente los bordes ó toda su superficie; si hay palidez ó si está obscura, tostada, árida, resque-

brajada, etc.; si su color es blanco, grisáceo ó amarillo bilioso; si es que está desviada, temblorosa, si presenta nigricia, producida por una capa de células epiteliales, rodeadas de corpúsculos pigmentarios, y otros síntomas de interés para muchas enfermedades, y para ilustrar el diagnóstico de las del estómago en particular.

Conviene explorar si el vómito se efectúa acabado de deglutir el alimento ó tiempo despues; si le precede náuseas ó regurgitaciones; si ocasiona dolor, y en qué punto; si es seguido de alivio ó no, si es simpático, etc.

El exámen de las materias vomitadas es de mucho interés; inquiriremos si consisten en alimentos, bebidas ó exclusivamente de medicamentos; si los vómitos son de bílis, mucosidades, jugos gástricos, etc.: si son de alimentos, examinarémos su estado, y si están envueltos en sangre, bílis, etc.; si el vómito es de producto de secrecion, nos fijarémos en su color y consistencia; si son acuosos, viscosos, amarillentos, inodoros; si contienen sangre, poso acafetado, pus, materias fecales; en una palabra, deben ser estudiados física y áun químicamente, informándonos si su paso produce sensacion de ardor, acidez, amargor ó alguna otra impresion que dé valor diagnóstico.

Lo mismo debemos decir de las materias fecales; debe saberse su color, consistencia, cantidad, frecuencia con que se verifican las deposiciones; si les acompaña dolor; si están constituidas por los materiales excrementicios, ó si están bañadas ó mezcladas con mucosidades, pus, bílis, sangre, etc., ó si consisten simplemente las deposiciones en esos productos, en cuyo caso es conveniente indagar su pureza ó alteracion, y todo cuanto pueda facilitar algun dato que aclare el conocimiento de la enfermedad.

Estas reflexiones deben tenerse muy en cuenta, para ser reservado en el diagnóstico de las afecciones del estómago, fundándolas en un sólo signo; este órgano, más que ningun otro, con exclusion del cerebro, nos presenta en sus enfermedades no pocas dudas, y por lo mismo no debemos fijarnos en un signo porque sea el que domine; tomémosle como punto de partida, estudiemos los demás, y con todos reunidos formemos la opinion, único medio de que tenga todos los visos de probabilidad ó de certeza.

CAPÍTULO XV.

Gastritis.

Conócese bajo el nombre de gastritis en general la inflamacion del estómago; pero no puede estudiarse bajo un solo golpe de vista, por presentar fundamentos muy abonados de clasificacion, que hacen nos ocupemos primero de tal asunto.

La gastritis, siquiera sea bajo el punto anatómico, merece que se considere:

1.° Aquella flegmasia que se detiene en la túnica interna del estómago, en la mucosa, dando orígen á la gastritis catarral, ya sea aguda, ya sea crónica.

2.° Aquella flegmasia gástrica, que invade las tres túnicas del estómago, dando orígen á la gastritis flegmonosa.

3.° Aquel proceso flegmásico, que ora por una incitacion catarral, ora por una evolucion neoplásica, invade la túnica mucosa, la mortifica parcialmente, se elimina ésta y aparece la úlcera; gastritis ulcerosa, úlcera perforante de Cruveilhier.

Gastritis catarral aguda.

Se llama gastritis catarral aguda, la flegmasia franca, limitada á la mucosa del estómago, sin ningun trabajo necrobiótico de ésta.

Nos parece debemos admitir dos categorías, forma subaguda y forma aguda.

Génesis y etiología.—Si bien es negada por muchos esta entidad morbosa, téngase presente que el estómago no es una víscera que repulsa los procesos flogísticos; es una víscera que representa un papel importantísimo en el organismo; es una víscera que se apodera del bolo alimenticio, para hacerle sufrir una de sus transformaciones de mayor interés, y por lo tanto, recibe una cantidad anormal de sangre al contraerse y dilatarse; así es que con mucha frecuencia, sobre todo en el trabajo digestivo, provoca localmente una exacerbacion fluxionaria, y bajo el punto de vista general, un aumento de combustiones y calor hipernormal. De tal cosa se deduce clara y palpablemente, que la víscera gástrica se encuentra muy á propósito, para que estalle el proceso inflamatorio en un tiempo dado.

Las causas que disponen á ello, admitiendo como hemos hecho la division que antecede, hay que agruparlas en dos secciones:

1.ª Simples flegmasias gástricas de carácter subagudo: estados saburrales de algunos autores.

Los individuos de constitucion regular, la edad de la juventud y la adulta, los excesos de Baco y Venus, los alimentos de mala digestion, el enfriamiento, etc., son condiciones que abonan su desarrollo.

2.ª Flegmasia gástrica de forma aguda: gastritis aguda de algunos autores: fiebre gástrica biliosa.

Los individuos de temperamento sanguíneo, constitucion robusta, de edad adulta, el abuso de sustancias irritantes, tales como los alcohólicos, té, menta, etc., y los traumatismos, son causas muy justificadas para esta clase de afectos.

Síntomas.—*Gastritis subaguda*: Esta forma, que como ya hemos dicho lleva el nombre de estado saburral, embarazo gástrico, etc., es casi siempre apirética, por más que algunas veces le acompañe un cuadro de síntomas febriles.

Empieza por una manifestacion local, casi por lo regular subsiguiente á las comidas.

Lo primero que experimentan los enfermos, es una sensacion de peso en la region epigástrica, seguida de dolor más ó ménos intenso, acompañado de pirosis, borborigmos y flatuosidades, conatos á vómitos y vómitos de naturaleza alimenticia, seguidos de otros de jugo gástrico más ó ménos repetidos.

La boca está pastosa, con un gusto ya ácido, ya amargo, tal vez nauseabundo por descomposicion de algunas sustancias detenidas en el estómago; la astriccion es fenómeno constante al principio, sobreviniendo despues evacuaciones ventrales, que bien dependen de la transmision del catarro, á lo largo del tubo intestinal, bien de que las sustancias mal elaboradas en el estómago, no son eliminadas.

Casi de una manera constante, la temperatura aunque no se revista de los caractéres febriles, traspase los límites fisiológicos, y por tanto, coexista con lo dicho algun encendimiento de la cara, pesadez y dolor de cabeza, ligero ruido de oidos, mayor frecuencia y plenitud del pulso que en el tipo normal, encendimiento y alguna escasez de orina.

Curso, duracion y terminacion.—Tal estado sigue

de un modo contínuo con algunas exacerbaciones, terminando ántes de un setenario, sin sufrir una complicacion que pervierta su buena marcha.

Síntomas.—*Gastritis aguda*: Para no ser prolijos, referimos el cuadro de síntomas de esta forma, á lo dicho en la fiebre gástrica simple y fiebre gástrica biliosa, aumentándoles agudeza mayor en la epigastralgia, vómitos más repetidos y escala térmica con mayores grados.

El curso, la duracion y la terminacion, es igual á lo mencionado en las entidades piréticas en cuestion.

Pronóstico.—Favorable en las dos, si bien puede existir alguna complicacion en esta última.

Tratamiento.—En la forma subaguda, atendamos á la indicacion causal; si es *à frigore*, quietud en cama, abrigo al vientre y friegas secas á las extremidades, prescribiendo á más dieta absoluta, disolucion cítrica gomosa, como bebida usual, y pomadas calmantes á la region epigástrica.

Si es por gran cantidad ó mala digestion de sustancias, un emético ó un emeto-catártico, seguido únicamente de dieta y la disolucion anterior, reposo en cama y aguardar la terminacion favorable.

En la forma aguda, se llenan las indicaciones causales predichas, y á más se hace una aplicacion de sanguijuelas en la region epigástrica. Si el dolor es intenso, se aplica una pomada anodina, y una cataplasma emoliente si el caso lo exige.

Conviene sostener las evacuaciones ventrales, y para esto se hace uso de enemas emolientes sólas, con aceite comun, ó con una sal catártica, en las dósis y formas ya sabidas.

Para los vómitos, se administra el catálogo farmacológico, más de una vez repetido.

La dieta será absoluta mientras no cedan las vomituraciones, y de consiguiente se vea que va cediendo la afeccion, comenzando entónces por alimentos muy capaces de digerir.

Gastritis crónica.

Sinonimia.—Catarro gástrico pituitoso; gastrorrea.

Génesis y etiología.—Esta afeccion, así como la que antecede, reconoce una causa fluxionaria activa; y casi siempre depende de un éxtasis venoso, siendo por tanto su patología de carácter pasivo.

Se le ve aparecer en los sujetos de alguna edad, que por los abusos de la mesa, por la ingestion continuada de bebidas alcohólicas y condimentos muy excitantes, sostienen, así como tambien por los excesos de la Vénus, una hiperemia lenta y continuada en la mucosa gástrica.

Reconociendo, como hemos dicho, por causa los éxtasis venosos, puede presentarse en los obstáculos circulatorios, lesiones del corazon, de los vasos, hígado y víscera esplénica; del mismo modo que con un carácter supletorio se desarrolla la flegmasia crónica del estómago, en la supresion del flujo hemorroidal antiguo y en la amenospausia, período en el cual, privada la sangre de afluir periódicamente á un órgano, puede buscar compensacion sobre la mucosa del estómago.

Anatomía patológica.—La mucosa está engrosada y con mayor dureza, encuéntranse porciones descoloridas, y otras que de un tinte algo lívido, presentan vasos dilatados y flexuosos de naturaleza venosa: el epitelium gástrico ha perdido su actividad, deslustrándose la mucosa gástrica, ó tomando un aspecto demasiado compacto.

El jugo gástrico carece de sus principales propiedades, y un moco viscoso y abundante embadurna las paredes del estómago.

El organismo en general nos ofrece los fenómenos de la extenuacion, y las lesiones que hayan producido el afecto.

Síntomas.—Los fenómenos que se observan en esta entidad pertenecen, no á un cuadro fijo y constante como en la forma aguda, sino á un estado extremadamente duradero, interrumpido por períodos de exacerbacion y de agudeza.

Podemos bien agrupar los síntomas en dos categorías: locales y generales.

Fenómenos locales: Hay constante plenitud epigástrica, con intervalos más ó ménos dolorosos, sobre todo durante el trabajo digestivo.

Los vómitos son un fenómeno constante, pero pueden muy bien estar sin aparecer uno ó más dias, por circunstancias especiales. Sea de un modo, sea de otro, las materias expulsadas tienen una naturaleza vária: ya son materiales alimenticios á medio digerir; ora son de jugo gástrico ó líquido biliar, ora reconocen un carácter mucoso, hijo del viciamiento secretorio, y presentados en este último caso y cuando la causa son los alcoholes, por la mañana al levantarse; tomando el nombre de *vómitus potatorum*.

Las digestiones, por lo tanto, son laboriosas y con dolor, en cuanto se comete el mas ligero exceso en el régimen.

Los enfermos tienen perturbaciones digestivas, alternando la anorexia con el hambre: hay sed, mal gusto de boca, que consiste en sabor amargo ó nauseabundo.

La lengua está ancha y crapulosa, y esta crápula, cuando el mal llega á tomar mayores proporciones, se

apodera de toda la superficie de ella, perdiendo ésta, por lo tanto, su coloracion roja.

Fenómenos funcionales: Tomemos por base, para explicarnos estos síntomas, la mala composicion del jugo gástrico, y por tanto la alteracion digestiva estomacal; por esto no tiene más remedio que privarse al organismo de elementos preciosos para la nutricion, de aquellos que verdaderamente constituyen los materiales de sostén del trabajo orgánico; así es que vemos al enfermo perder fuerzas, palidecer, adelgazar, cayendo en la última faz de la afeccion en un estado de marasmo.

Otro de los fenómenos funcionales son los dependientes del éxtasis vascular; la trama venosa está interceptada en algunos puntos; la sangre ha hecho remanso, y así desórdenes hepáticos y esplénicos, trastornos renales, éxtasis peritoneal y hasta encefálico, pueden completar el cuadro de síntomas.

Curso, duracion y terminacion.—El curso es contínuo, con exacerbaciones y remisiones marcadísimas, pero sin tipo fijo: su duracion es de meses ó de años; y la terminacion rara vez por la curacion, puede ser por la muerte, ya por desórdenes ulteriores del estómago, ya por falta de nutricion.

Pronóstico.—Reservado.

Tratamiento.—Se abusa de un plan polifarmacológico en esta afeccion, usándose de sustancias medicamentosas quizás perjudiciales, y no teniendo en cuenta que el tipo de que se reviste merece sencillez y precision en su tratamiento.

Creemos contraindicada la medicacion alcalina, como algunos aconsejan, pues sólo debe plantearse en aquellos casos en que un exceso de ácidos se derramara en el estómago; pero siendo así que la secrecion mucosa se

sobrepone á la gástrica, que el jugo estomacal se pervierte, y que la digestion azoada es incompleta, nos parece deber administrar el ácido hidroclórico á la dósis de 3 á 4 gotas, en una pequeña pocion de agua azucarada, tomando ésta cinco minutos despues de las comidas; la alimentacion por igual causa debe ser reparadora y de fácil digestion; muchos enfermos soportan muy bien la dieta láctea, y no produce tampoco mal resultado la carne seca y asada, preparada con zumo de limon. Para calmar la excitabilidad gástrica y corregir algun tanto los vómitos, se administran, bien píldoras de extracto acuoso de ópio, bien de hidroclorato de morfina, tomadas en tiempo oportuno y sin abusar de ellas.

El éxtasis provoca una constipacion de vientre, astriccion pertinaz y fenómenos morbosos, hepáticos y esplénicos; para tal cosa se usa alternando los purgantes salinos y los drásticos: los primeros, para favorecer la corriente osmótica; los segundos, para congestionar las últimas porciones intestinales, y provocar una deplesion en el círculo de la zona superior del vientre.

Finalmente, con la idea de moderar la pesadez, molestia y dolor del afecto que nos ocupa, se hace uso de las pomadas irritantes al epigástrio, y á veces de un vejigatorio.

En muy raras circunstancias, creemos indicadas las evacuaciones sanguíneas locales.

Gastritis flegmonosa.

Se conoce bajo este nombre la flegmasia aguda de las túnicas del estómago, terminando por supuracion.

Como es un afecto que no se presenta con frecuencia,

nos creemos relevados de describirla, no haciendo muy extensa esta seccion de suyo interesante.

Gastritis ulcerosa.

SINONIMIA.—Úlcera crónica; úlcera perforante; úlcera simple y *ulcus rotundum*.

Esta enfermedad está caracterizada por el desarrollo de una ó varias úlceras sobre la mucosa gástrica, sin reconocer naturaleza diatésica alguna.

GÉNESIS Y ETIOLOGÍA.—Se excluyen de esta afeccion todas las ulceraciones que, dependientes de un estado general, al invadir la mucosa gástrica, tienen una manifestacion secundaria; por esto las ulceraciones tuberculosas, sifilíticas, cancerosas, variolosas, etc., no deben figurar en esta entidad.

Teorías sobre teorías se han formulado para explicar el por qué de la úlcera simple de la mucosa gástrica; pero la que nos parece que tiene mayores probabilidades de veracidad, es aquella que hace nacer á la úlcera de un trabajo necrobiótico, muy frecuente en los tejidos.

Supongamos que una causa cualquiera produce la estancacion, el éxtasis venoso en una parte más ó ménos limitada de la mucosa gástrica; que interrumpido así el movimiento de retorno, los elementos inaptos para la nutricion, no pueden ser transportados al foco de la hematósis, deteniéndose en el teatro del éxtasis; que la sangre arterial se encuentra con una barrera, que le impide derramar sus elementos vitales sobre el punto en cuestion, y que todo esto viene á producir una regresion grasosa de los pequeños vasos, una mortificacion del tejido mucoso, el que perdiendo

los derechos á la vida, se desprende, dejando tras sí el proceso ulceroso: Rokitansky, iniciador de esta teoría, creemos, á no dudarlo, que con mucho criterio ha tratado tal cuestion.

Las causas que la producen no tienen un carácter fijo, no tienen una fisonomía constante; pero mencionarémos las que juegan mejor papel: la mujer sufre tal afecto más que el hombre; la edad avanzada lo favorece; las constituciones débiles se brindan mucho; los abusos de los excitantes, espirituosos, así como los desórdenes menstruales y enfriamiento, determinan semejante afeccion.

Anatomía patológica.—Aparece casi siempre la úlcera ó úlceras, en la pequeña corvadura y en las inmediaciones del piloro; su figura es redonda al principio, deformándose despues segun las circunstancias; su fondo, de carácter infundibuliforme, puede estar formado por el tejido submucoso, por el musculoso, por el subseroso, por el seroso, y finalmente, por traspasar esta última membrana, y establecer comunicacion entre la cavidad gástrica y la abdominal. A no ser que lleve mucho tiempo, y las deformidades regresivas modifiquen el tejido periférico al trabajo ulceroso, éste aparece de un modo normal, que da carácter á las úlceras, entumeciendo y ranversando sus bórdes, etc.

Puede acontecer que nos encontremos focos purulentos enquistados ó un trabajo cicatricial, por haberse curado la úlcera: si esto es así, más de una vez hallarémos estrecheces gástricas, obturaciones pilóricas, adherencias á las partes limítrofes, etc.

Síntomas.—Esta afeccion puede estallar rápidamente, ó puede aparecer de un modo paulatino; tal cosa es motivada, como se comprende fácilmente, segun como el proceso patológico despierta los fenóme-

nos morbosos; por tanto, siendo diferente la sucesion é intensidad de los síntomas en cada caso particular, señalemos en general los elementos que nos sirven para el diagnóstico, dividiendo los síntomas en desórdenes locales y generales.

Uno de los primeros fenómenos que nos llaman la atencion es el elemento dolor, pero dolor que reviste un carácter gastrálgico, y que repetido con mucha frecuencia, da márgen á que se le considere dependiente de muchas causas: unos creen que es producido por las sustancias ingeridas sobre la úlcera; tal teoría es falsa, por presentarse en el estado de vacuidad del órgano: otros lo explican por irritacion del jugo gástrico; su carácter paroxístico rebate tal teoría: no falta quien asegura que las retracciones lo producen; pero esta evolucion viciosa del trabajo nutritivo no se presenta sino en el último período: finalmente, lo que creemos más de acuerdo con la teoría y la clínica, es que la úlcera en su marcha progresiva destruye y mortifica el elemento nervioso, y por lo tanto produce el dolor.

Otro de los fenómenos constantes es el vómito, el cual, presentado con frecuencia, es tratado por el práctico de Lariboisiere de un modo admirable; dice que tal fenómeno puede ser por irritacion, y éste por un acto reflejo, cuyo arco sensitivo nace en la superficie ulcerosa, sin más provocador que el proceso mismo: hay otro vómito que le llama por indigestion, y entónces se le concede el papel excitador al alimento de ciertas condiciones, obrando sobre la úlcera: el último es el mecánico, que responde á causas antitéticas, esto es, ó á una estenósis gástrica que prohibe á la sustancia ingerida su detencion en el estómago, ó á una aquinesia de dicha víscera, que permite la entrada de

sustancias en mayor número que en el estado normal, expulsándose por el vómito, casi por rebosamiento.

Mas no es solo esto lo que debemos apreciar en este acto patológico; las vomituraciones son de interés; las sustancias expulsadas, al mismo tiempo que nos muestran el estado de perversion del jugo gástrico, contienen no pocas veces dos elementos diagnósticos de mucho valor: sangre y pus.

El vaso que serpea por el fondo de la úlcera, al degenerar grasosamente sus cubiertas, deja escapar el contenido sanguíneo, y el acceso hematemésico tiene lugar, ya de sangre casi roja, cuando es vertida al exterior al mismo tiempo que sale, ya negruzca acafetada y pulverulenta, cuando al detenerse en la cavidad gástrica se altera por el jugo del mismo nombre.

En los vómitos mucosos y pituitosos, que no dejan de repetirse, pueden apreciarse glóbulos pioides, resultado del trabajo ulceroso.

Además de lo dicho, deben contarse como fenómenos funcionales, la imperfeccion de las digestiones, la nutricion viciosa é incompleta, y el estado marasmótico en que poco á poco van entrando los enfermos.

Curso, duracion y terminacion.—El curso es contínuo, con exacerbaciones y remisiones bien marcadas: la duracion es de meses y áun de años, y la terminacion varía. La curacion puede ser una de ellas, que no deja tampoco de estar exenta de peligro por producir adherencias, estrecheces, etc.

Tambien puede terminar desgraciadamente el enfermo, por extenuacion ó hemorragia intensa, incompatible con la vida. Lo más perjudicial es cuando el estómago se perfora, y aparece la gastro-peritonitis con caractéres violentos.

Diagnóstico.—Véanse los cuadros respectivos.

Pronóstico.—Reservado.

Tratamiento.—Los alcalinos, sobre todo si hay una hipersecrecion del jugo gástrico; entre éstos se aconseja el agua de cal y subnitrato de bismuto: como dieta, debe preferirse la láctea, por tolerarse en tésis general por los enfermos: el nitrato de plata, la tintura de yodo, la creosota, los trociscos de hielo, y los revulsivos y vejigatorios á la region epigástrica, cubren las indicaciones más precisas.

Algunos aconsejan con buen resultado los baños termales alcalinos.

CAPÍTULO XVI.

Cáncer del estómago.

Esta es una de las manifestaciones más frecuentes de la caquexia cancerosa.

Génesis y etiología.—Sin meternos en discusiones de escuelas, pues bajo el punto de vista clínico no nos incumbe este trabajo, dirémos que, creyendo que el cáncer no es otra cosa que una evolucion de los tejidos, sin ser nada extraño á la manera como éstos funcionan, vemos al cáncer del estómago tomar cuerpo á consecuencia de un producto flegmásico, de una alteracion nutritiva. A más de lo expuesto en la etiología de la úlcera, debemos llamar la atencion de que la edad adulta y la vejez son las más á propósito para dar presencia á dicho afecto: figuran en alto rango causal, los desórdenes continuados de la mesa, las pasiones morales tristes y la caquexia cancerosa.

Anatomía patológica.—Desflorando no más tan vas-

to campo, admitimos tres variedades del cáncer, que son: el escirro, el encefaloides y el coloideo.

El primero se ve bajo el aspecto de gruesas granulaciones, que pueden fusionarse, endurecer las cubiertas gástricas, infartar á la víscera, resistir y crujir al córte del cuchillo, y emanar el líquido correspondiente.

El cáncer encefaloides casi nunca es primitivo; tiene el aspecto cerebriforme; nace en medio de un trabajo escirroso persistente, ó bien, y es raro, se infiltra entre las túnicas gástricas.

El coloideo tiene mucha semejanza con la sustancia de su nombre, y busca siempre las mallas del tejido para apoderarse de los elementos que va á destruir.

Síntomas.—Son al principio insidiosos, obscuros y de muy difícil diagnóstico; sensacion de peso y plenitud en la region epigástrica, á esto sigue la agudeza del dolor, continuando por tanto hasta convertirse en terebrante agudísimo.

Los vómitos merecen igual consideracion que en el afecto anterior; pero las vomituraciones deben olerse, puesto que tienen un olor *sui generis* al proceso neoplásico.

Hematemesis é icor canceroso, puede distinguirse.

Al par que nos aprovechamos de estos fenómenos, reconocemos el vientre, el hueco epigástrico; exploracion que nos lleva al conocimiento de una dureza, de una pastosidad en dicha region, que ya toma una forma globosa y abollada, ya de infiltracion completa.

Percutiendo, apreciamos aumento del timpanismo, que nos traduce la parálisis gástrica y su dilatacion.

Finalmente, el color térreo de la cara, el infarto de los gánglios, la perturbacion funcional y un conmemorativo bien tomado, nos lleva al diagnóstico de la enfermedad que nos ocupa.

Curso, duracion y terminacion.—El curso es contínuo; la duracion es de dos, tres meses, á uno ó dos años; la terminacion es por la muerte.

Diagnóstico.—Véanse los cuadros al final de esta seccion.

Pronóstico.—Mortal.

Tratamiento.—Como desgraciadamente no se conoce el antídoto de tal entidad morbosa, nos contentamos con sostener las fuerzas del enfermo en lo que posible sea, y administrar aquellos medios paliativos, que reseñados en los capítulos anteriores nos libertan de volver á enumerarlos.

CAPÍTULO XVII.

Gastralgia.

Desde tiempos antiguos encontramos confundida esta enfermedad con el nombre de cardialgia, comprendiéndose en ella todas las afecciones gástricas, en que hay dolor más ó ménos intenso; pero en los últimos tiempos se trató de averiguar si entre todas las enfermedades que causan dolor de estómago, existia alguna que estando caracterizada por él, no motivase una lesion orgánica y mereciese exclusivamente el nombre de gastralgia. Y en efecto, se ha llegado á convenir en la existencia de una afeccion nerviosa, notable unas veces por la agudeza de los dolores, otras por la dificultad de las digestiones, que se distingue claramente de las demás afecciones gástricas; para ella, pues, se reserva este nombre, y de ella sólo nos ocupamos en este capítulo.

Pero áun simplificada así la descripcion de la enfermedad, debemos notar que hay casos en que en la gastralgia no hay dolor, y sólo la caracterizan desarreglos notables digestivos; que es difícil establecer distincion entre la neurósis dolorosa del estómago y la no dolorosa, y por lo mismo debemos prevenir que si en unos casos sólo encontramos digestiones laboriosas, en otros el dolor viene á completar el cuadro de síntomas.

Etiología.—Parece ser que ataca con preferencia á las personas desde los 20 á 40 años; que las del sexo femenino son más castigadas, tal vez por lo frecuente que en ellas son ciertos padecimientos (anemia, histerismo, hipocondría, clorósis, etc.); que prefiere el temperamento nervioso, constituciones débiles y profesiones intelectuales, sobre todo si los individuos que se dedican á trabajos de gabinete tienen la vida sedentaria; es más comun la enfermedad en los que habitan grandes centros de poblacion, sufren impresiones repentinas, sobre todo pesares y emociones morales duraderas; parece tambien que la herencia ejerce una influencia muy especial.

Como causas ocasionales, debemos citar el abuso de sustancias estimulantes, el uso inmoderado de eméticos, drásticos y narcóticos, la supresion de toda clase de flujos, y todo lo que pueda debilitar profundamente la constitucion, obra como causa eficiente de este padecimiento.

Signos diagnósticos.—Raro es que la invasion sea repentina: lo comun, que el aparato de síntomas al principio sea poco grave; que éstos se manifiesten y desaparezcan en tiempos indeterminados, y que progresen con lentitud, para despues adquirir un alto grado de violencia: el dolor epigástrico que existe en

la inmensa mayoría de casos, y que forma el síntoma principal, si bien puede ser ligero y constituido por malestar penoso, con náuseas, debilidad, ansiedad y sensaciones extravagantes, en otras ocasiones es vivo, no pocas violento; se irradia á las regiones vecinas; es intermitente ó remitente y produce sensaciones diversas de constriccion, torcedura, desgarro, etc.; cuando éste es muy agudo, los enfermos desfallecen ó son atacados de movimientos convulsivos, y la cesacion del dolor se nota muchas veces con el desprendimiento de gases.

El apetito en casi todos los casos es raro; suele haber bulimia, y áun la pica y la malacia se observa, sobre todo, en las anémicas y cloróticas; no hay mucha sed; es habitual el estreñimiento, que alterna con cólicos, y á pesar de la larga duracion de este mal, la nutricion se sostiene.

El vómito no es el síntoma más constante; unas veces se presenta muchos dias consecutivos, siguiendo temporadas largas sin que vuelva á manifestarse; si se efectúa acabado de comer, se expelen simplemente los alimentos: ciertos gastrálgicos vomitan por las mañanas mucosidades mezcladas con alguna cantidad de bílis. Es comun que haya regurgitaciones nidorosas, ácidas y acres, y cuando no, eructos frecuentes y molestos.

El estado de la lengua no presenta nada verdaderamente importante; en general se conserva natural en latitud, humedad y limpieza; suele presentarse cubierta por la mañana de una capa blanco-amarillenta.

Pero por muy variados y numerosos que sean los síntomas que nos ofrece el aparato digestivo, busquemos los efectos de la enfermedad más bien en el sistema nervioso. Aunque permanezcan íntegras las

facultades intelectuales, se pierde la actitud para el trabajo, y los enfermos están sumidos en una tristeza profunda; en unos verémos padecer de cefalalgia, otros presentan aberraciones pasajeras de la inteligencia; ésta se halla en un estado de agitacion y de angustia; están expuestos á vértigos ó tienen sueños perturbados por ideas tristes, etc.; y por último, estos enfermos presentan una cara especial, que demuestra sufrimiento y dolor.

Tales son los síntomas que sirven para caracterizar esta enfermedad en su forma más comun; la que describen y en la que fijan la atencion los autores, la gastralgia crónica, pues no debemos ocuparnos en detallar la forma aguda, toda vez que los síntomas que la caracterizan no difieren de los ya mencionados; únicamente duran poco tiempo, y no ejerce la enfermedad accion particular en el estado general del individuo.

Pero si á primera vista parece fácil, por el cuadro de síntomas que acabamos de presentar, el diagnosticar la gastralgia, algunas dudas se ofrecen para fijarnos en si es simple ó sintomática de otra afeccion. Signo esencial de la gastralgia es el dolor, pues él es la base de la investigacion diagnóstica, para determinar claramente si hay ó no gastralgia.

No debemos examinar todos los dolores epigástricos, que pueden confundirse con esta neurósis; pero sí debemos desde luego investigar si hay ó no neuralgia dorso-intercostal.

Algunas veces esta neuralgia llega á ocupar la region epigástrica, y por más que el límite del dolor, á derecha é izquierda del epigástrio, sea uno de los mejores caractéres de dicho dolor neurálgico intercostal, debemos tener cuidado, pues en el dorso se presenta un dolor

que provoca la presion y resuena en el epigastrio, y no atribuirémos á influencia de la gastralgia, lo que es el foco posterior de una neuralgia intercostal.

La gastralgia es producida por muchas enfermedades; tambien se asocia á no pocas afecciones, frecuentes en los grandes centros populosos: aquellos padecimientos que llegan á afectar profundamente el sistema nervioso, y los que producen su empobrecimiento en la sangre, ejercen una influencia muy especial en la gastralgia, por lo que hemos creido oportuno ocuparnos de esta afeccion aisladamente, con alguna extension, á pesar de nuestro propósito de ser concisos; y teniendo en cuenta su mucha importancia, la colocamos en un cuadro para apreciar á primera vista los signos que la distinguen de aquellas enfermedades con que más se relaciona.

Curso, duracion y terminacion.—Irregular en su curso esta afeccion, hace no pueda marcarse la duracion de ella, que por lo comun es larga, como enfermedad rebelde é insidiosa; y si bien su terminacion suele ser funesta, esto no puede en la mayoría de casos atribuirse á la simple gastralgia, porque las más veces hay otra afeccion más importante, bajo cuya influencia se desarrollan las perturbaciones digestivas, y sucumben los enfermos.

Convengamos tambien en que cuando éstos caen en un estado general de debilidad, toman reducido alimento ó los vómitos son repetidos, contraen otras enfermedades que agravan su estado, empobrecen su constitucion, y por inanicion ocasionan la muerte.

Pronóstico.—Este debe ser siempre reservado.

Tratamiento.—No debemos enumerar los muchos medicamentos que se propinan para combatir la gastralgia; en nuestro intento tenemos que limitarnos á

decir: usemos de los narcóticos que tienen bien probada su eficacia, para mitigar prontamente el síntoma más culminante de la enfermedad; acudamos á los excitantes tónicos y amargos, que, combatiendo con ellos la debilidad gástrica, harán más fáciles las digestiones, y tengamos en cuenta que el régimen higiénico es el más eficaz en esta afeccion; hagan los enfermos uso de alimentos y bebidas que puedan soportar; permitáseles despues, una alimentacion sustanciosa; recomiéndeseles el ejercicio moderado, el habitar en el campo; y combátase en circunstancias dadas los síntomas culminantes en que se fijan algunos autores, para admitir gastralgias cloróticas, histéricas, reumáticas, gotosas, etc., y tendremos cuanto es indispensable para combatir una afeccion tan frecuente como insidiosa.

CAPÍTULO XVIII.

Enfermedades de los intestinos.

Exploracion.—Todo cuanto hemos dicho al hablar de la exploracion del estómago, debe tenerse presente al hacer la de los intestinos, ya porque muchas enfermedades de esta parte del tubo digestivo tienen íntima relacion con las del estómago, bien porque al explorar esta víscera es indispensable hacer la inspeccion intestinal, por ser los datos que pueden recogerse comunes á afecciones de esos distintos órganos.

Necesario es examinar la lengua, las particularidades del vómito, las condiciones de las materias vomitadas y de las excretadas; la precision de inquirir si hay dolor, su sitio y naturaleza, por más que deba tener-

se en cuenta algunos otros pormenores, peculiares de la exploracion intestinal.

Tengamos presente al practicar ésta, que los intestinos delgados ocupan las regiones umbilical é hipogástrica; que son muchas las enfermedades que padecen; que no pocas veces sobrevienen éstas, como complicaciones de distintas afecciones, y que por lo mismo son grandes las dificultades para establecer el conveniente diagnóstico.

Por la exploracion, comprenderémos si hay dolor, si es variable, su carácter é intensidad; si existen borborigmos, si hay evacuaciones, de qué naturaleza son, etcétera.

La *palpacion* nos dará á conocer si hay protuberancias formadas por asas del intestino distendido; si existe algun tumor, y otras particularidades de interés. Merecen una exploracion especial los intestinos gruesos; hallarémos una resonancia timpánica en los vacíos y parte superior de la region umbilical, que es el sitio que ocupa el cólon: la porcion ilíaca de este intestino dará sonido timpánico cuando esté distendido por gases, en la *S* del cólon éste será más obscuro, asemejándose al de los intestinos delgados, así como cuando la porcion transversa y la *S* estén ocupados por materias sólidas, obtendrémos un sonido macizo. El ciego fácilmente se explorará, obteniendo un sonido claro en la fosa ilíaca derecha. El exámen se completará en muchos casos, observando el estado de la márgen del ano, si existen hemorroides, y recurriendo á reconocer el recto por medio del especulum.

CAPÍTULO XIX.

Enteritis catarral aguda.

Haciendo nosotros abstraccion de las dificultades que se presentan para describir esta enfermedad, si fuésemos á seguir las opiniones de los diversos autores, toda vez que unos consideran la fiebre tifoidea como una enteritis foliculosa, otros reservan el nombre de enteritis para la flegmasia del intestino delgado, al paso que algunos no establecen distincion cuando la flegmasia radica en los delgados y los gruesos; hemos creido oportuno marcar en los cuadros los signos diagnósticos, para apreciar la enfermedad cuando invade partes limitadas del tubo intestinal, y en este capítulo hablamos de la inflamacion de los intestinos delgados en general en su forma aguda y crónica, por más que en muchos casos convengamos en que se afecta parte de los intestinos gruesos, constituyendo la enterocolitis.

Etiología.—La constitucion pasiva, las naturalezas debilitadas y deterioradas por padecimientos anteriores, las convalecencias de enfermedades agudas, la impresion del frio, supresion repentina de transpiracion, el abuso de bebidas alcohólicas, medicamentos excitantes y alimentos fuertemente condimentados, son las que podemos considerar más comunes en esta afeccion.

Elementos del diagnóstico.—Dolor más ó ménos vivo, intermitente, de duracion corta, se presenta al rededor del ombligo y se irradia á los demás puntos

del vientre, aumenta á la presion; deposiciones líquidas, abundantes y frecuentes, son precedidas de borborigmos é irritan el ano; rara vez fiebre, escalofrios, cefalalgia, náuseas y lengua ligeramente blanquecina.

Breve y distinta esta descripcion de la que formulan muchos autores, es la propia de la enteritis, cuando ésta se presenta como enfermedad única, haciendo abstraccion de otras reflexiones que tienen lugar en los casos de enteritis complicada; pero debemos hacer mérito en este lugar de la enteritis de los recien nacidos, que se diferencia de la de los adultos, por su mayor gravedad. En éstos hay fiebre intensa, inflamacion del vientre, y en algunos casos se manifiesta el muguet; hay diarrea, y en general la forma de la enteritis es puramente catarral; pero en otros casos sucede á esta forma otra más grave, que se caracteriza por cefalalgia, fiebre, vómitos y diarrea, sequedad de boca, el abdómen se abulta, se pone tenso y sonoro, las deposiciones son frecuentes, abundantes, líquidas, por lo comun mucosas y biliosas, pocas veces verdes; rara vez hay agitacion y delirio.

Tambien describen los autores otra forma de la enteritis, que llaman tifoidea, que presenta los síntomas de esta fiebre grave, pero no las lesiones de ella.

No consideramos suficientes los síntomas que enumeran los autores, para admitir con ellos la enteritis circunscrita y la difusa. Tampoco, segun la naturaleza de las materias arrojadas por la cámara, creemos oportuno distinguir la enteritis en serosa, mucosa, biliosa y estercorácea. En particularidades insignificantes se funda tambien la division de flegmonosa, eritematosa, reumática, artrítica, etc.; y por lo que hace á la pseudo-membranosa, que tiene gran importancia segun muchos autores, basta á nuestro intento saber que

en la mayoría de casos en que se admite formacion de falsas membranas en los intestinos, es evidente que sólo hay disentería, y en otros tendencia á la formacion de dichas membranas, estando comprobado que en aquellos sugetos en los cuales en la faringe, fosas nasales, etc., se presentan pseudo-membranas diftéricas, tambien se les ha hallado en los intestinos. De esto sacamos en conclusion que unos casos son de disentería verdadera, y otros complicados, donde no es más que un fenómeno necesario la presencia de la enteritis.

Curso, duracion y terminacion.—Siempre que esta enfermedad sea simple, su duracion es corta.

Pronóstico.—Favorable; la gravedad existe cuando es sintomática ó se presenta en los recien nacidos.

Tratamiento.—Bebidas emolientes; los opiados á cortas dósis; enemas emolientes laudanizadas; dieta severa en circunstancias especiales; aplicaciones tópicas de sanguijuelas, con preferencia al ano; y si las evacuaciones son excesivas, pueden adicionarse á las bebidas mucilaginosas y albuminosas ligeros astringentes, como la ratania y el catecú; con todo lo cual, oportunamente aconsejado, quedan llenas las indicaciones de esta afeccion intestinal.

CAPÍTULO XX.

Enteritis catarral crónica.

Casi puede asegurarse que rara vez se presenta espontáneamente en la edad adulta. Con frecuencia es sintomática, y casi no la caracteriza más que la diarrea. En los niños de corta edad, que están con el trabajo de

la denticion ó sometidos á un mal régimen, es bastante comun. Se les presenta diarrea, dolores de vientre, deposiciones abundantes de color diverso, pulso pequeño y frecuente y decaimiento general.

Los individuos afectados de tubérculos, son los que mucho padecen esta afeccion de los intestinos.

Parece que el cólon es el sitio predilecto de la enteritis crónica.

En los viejos no deja de observarse, sobreviniendo en los más de los casos, á consecuencia de colitis frecuentes.

De larga duracion; su pronóstico es grave, como que termina por reblandecimiento y ulceracion.

El mismo tratamiento general se emplea que el que se recomienda para la enteritis aguda, teniendo presente que están más indicados los astringentes, y áun los cateréticos ligeros, recomendándose el nitrato argéntico cristalizado, por la accion especial que ejerce sobre la membrana de los intestinos gruesos.

CAPÍTULO XXI.

—

Disentería aguda.

Bien podemos considerar, con los más de los autores, á la disentería como una forma particular de colitis, hallándose caracterizada por una necesidad frecuente de mover el vientre, evacuaciones que son poco abundantes, de materiales segregados por los folículos de los intestinos, dolorosas y con exhalacion sanguínea en la cavidad intestinal.

Etiología.—Endémica en los países cálidos; reina

muy á menudo de un modo epidémico; se presenta en los individuos debilitados, con preferencia en otoño y estío; se atribuye á cambios bruscos de temperatura, al abuso de estimulantes, á una alimentacion insuficiente ó de sustancias alteradas, á la inspiracion de efluvios pantanosos, y áun al contagio.

Signos diagnósticos.—La disentería aguda puede considerarse benigna y grave.

La primera suele tener como pródromos, malestar con escalofrios, debilidad y desarreglos digestivos. Aparecen más tarde dolores en varios puntos del vientre poco violentos primero, haciéndose despues intensos y fijándose en el cólon; frecuentes ganas de deponer; tenesmo que produce esfuerzos inútiles, ó una corta expulsion de moco sanguinolento, viscoso, espumoso, y alguna vez mezclado con alimentos sin digerir. Anorexia, pastosidad de boca, sed y alguna vez vómito sin alteracion marcada en el pulso, completan el cuadro de la disentería benigna.

Pero la forma grave frecuentemente es epidémica; le acompaña fiebre; el tenesmo casi es contínuo; los dolores más intensos; las deposiciones exhalan mal olor, son obscuras ó serosas, y áun suelen tener pus ó falsas membranas. El pulso que es febril, no tarda en hacerse débil; se presenta sed; viva alteracion de la fisonomía, postracion y otros síntomas que anuncian fatal término.

Algunas veces hay alivio gradual, que conduce á la curacion.

Nosotros no describimos la forma reumática ni pútrida que Trousseau admite, ni aquellas de que se ocupan otros autores, como la inflamatoria, atáxica, biliosa, etc.; sólo el predominio de ciertos y determinados síntomas las caracteriza, y podemos decir se

observan segun las influencias climatológicas ó epidémicas, bajo cuyo influjo se desarrollan.

Curso, duracion y terminacion.—La duracion en la forma benigna es de pocos dias; la de la grave se extiende hasta tres setenarios; no son raras las recaidas en esta afeccion, y si bien la grave termina algunas veces felizmente, es comun pase al estado crónico ó sea la terminacion funesta por ulceracion, perforacion, hemorragia ó fiebre héctica.

Pronóstico.—Sólo puede ser favorable en la forma benigna, y grave siempre que haya complicacion ó reine la enfermedad epidémicamente.

Tratamiento.—Si es epidémica, sepárense las causas, establézcase aireacion, disemínense los enfermos, haya extraordinaria limpieza y procúrese destruir los focos de infeccion.

En la forma benigna, colocado el enfermo en buenas condiciones higiénicas, prescríbasele dieta absoluta ó ténue, agua de limon y albúmina, pequeñas lavativas emolientes laudanizadas, ópio á pequeña dósis y baños templados.

Para calmar el eretismo y cohibir el flujo, siempre que no haya síntomas flogísticos, ópio con subnitrato de bismuto: si se complica con algun estado saburral, está indicada la ipecacuana.

Si hay predominio de ciertos y determinados síntomas, que caractericen algunas de las formas que ántes mencionamos, cúbranse las indicaciones particulares ya con antiespasmódicos si es atáxica, tónicos si es adinámica, laxantes si es biliosa, etc.

CAPÍTULO XXII.

Disentería crónica.

Los excesos que en gran número de casos se cometen en el régimen, es la causa principal de que ésta enfermedad afecte la forma crónica.

Los síntomas son análogos á los que se presentan en la aguda, si bien con ménos violencia, por lo que observamos que el tenesmo y los dolores son ménos intensos; las deposiciones más tardas, frecuentemente purulentas y fétidas; el vientre unas veces elevado, otras retraido; hay meteorismo; no hay fiebre, pero mucha debilidad y adelgazamiento.

Ya en el capítulo anterior nos ocupamos de su curso, terminacion y pronóstico, que siempre es grave.

Por lo que hace al tratamiento, además de ser conveniente cuantos medios hemos recomendado para combatir la forma aguda, no debemos olvidar que las enemas de sulfato de zinc y las de nitrato de plata, han sido muy recomendadas en los últimos tiempos por los más célebres prácticos.

CAPÍTULO XXIII.

Enterorragia.

Una de las hemorragias de que se tiene ménos conocimiento, es la que se verifica en la superficie intestinal.

Los antiguos no distinguieron bien las diferentes hemorragias del tubo intestinal; no comprendieron suficientemente cuándo la sangre procedia de la superficie de los intestinos, ó cuándo tenia su orígen en punto más ó ménos lejano. Nosotros, sin embargo, en el cuadro correspondiente nos ocupamos de las distintas hemorragias intestinales, dando á conocer los caractéres más precisos, para formular el diagnóstico, segun de dónde provenga la sangre, y en este capítulo hablamos de la enterorragia simple, esto es, de la esencial, del derrame de sangre en el interior del intestino.

La enterorragia puede presentarse sin flujo de sangre al exterior, y con salida de sangre en cantidad más ó ménos considerable.

Etiología.—Se atribuye esta hemorragia á alteracion en la sangre, aumento de glóbulos, disminucion de fibrina, ó haber respirado gases deletéreos; abusado de drásticos y de estimulantes: se considera tambien producida por supresion de las reglas.

Cuando es sintomática, fácilmente descubrimos que la causa es una ulceracion intestinal, la presencia de un cáncer ó de tumores en el vientre, que constituyan un obstáculo á la circulacion de la vena porta.

Signos diagnósticos.—Pocas veces existe la enterorragia sin flujo de sangre externo; si la hemorragia es poco considerable no se aperciben los enfermos; cuando es en cantidad crecida, preséntanse los síntomas que caracterizan una hemorragia interna, calor, plenitud intestinal, escalofrios, palidez, frialdad en las extremidades, pequeñez del pulso, lipotimias, náuseas, vómitos y abatimiento. Pudiera ser crecida la cantidad derramada en los intestinos, entónces se distenderán considerablemente, se aumentará el vientre, que

si bien suele estar indolente, lo comun es que se haga sensible á la presion; el diafragma se eleva y dificulta la respiracion; sonido macizo nos dará la percusion, y en la porcion de intestinos que haya sangre, percibirémos un ruido neumático.

Pero lo comun es que la enterorragia se presente con flujo exterior; si la hemorragia es de los intestinos gruesos, las materias excrementicias salen cubiertas de sangre; pero si ésta es de los delgados, primero salen las materias sin sangre, y despues tiene lugar la salida de una cantidad mayor ó menor. Suele otras veces estar tan mezclada la sangre con las materias fecales, que no sólo no podemos congeturar de donde procede, sino que llega á ser casi imposible reconocer su presencia.

En otros casos, la sangre sale rutilante y encarnada; en los más, negra ó venosa, y en esa coloracion obscura, que puede depender de su larga permanencia en el intestino, es en lo que se han fundado muchos para designar esta clase de hemorragia con el nombre de *melena*.

Si la enterorragia es abundante y frecuente, no tardan en presentarse síntomas anémicos; pero debemos inquirir bien la causa que produzca la hemorragia, pues el flujo puede resultar de una afeccion cancerosa, y es del mayor interés distinguir en este caso la anemia, de la caquexia propia de esa afeccion.

Curso, duracion y terminacion.—Unas veces observarémos que con cortos intervalos, se repite la hemorragia sin motivar ningun accidente; otras es tan considerable, que extenuados sucumben los enfermos prontamente.

Pronóstico.—En todos los casos tiene más ó ménos gravedad.

Tratamiento.—Si la causa es conocida, diríjase contra ella el tratamiento; cuando se ignora su orígen, los revulsivos, ligaduras en los miembros inferiores, aplicaciones frias al vientre, el hielo en vejigas, bebidas frias, ácidas y astringentes, agua helada, etc.

Se ha recomendado el uso del aceite esencial de trementina, cuya utilidad es dudosa; no así la administracion del ópio á alta dósis, y todo lo dicho se usará tambien en enemas á cortas cantidades, aconsejando á los enfermos las conserven todo el tiempo que les sea posible.

CAPÍTULO XXIV.

Enteralgia.

Bien podemos asegurar que todas las enfermedades de los intestinos, cuyo síntoma culminante es el dolor, ofrecen por lo comun un diagnóstico difícil.

Etiología.—La enteralgia se ha confundido con otras afecciones dolorosas; se ha descrito con poca exactitud, frecuentemente acompaña á la gastralgia, y en el mayor número de casos reconoce causas idénticas. Hagamos notar, sin embargo, que las infracciones en el régimen higiénico, el uso inmoderado de sustancias indigestas, el de bebidas frias estando el cuerpo sudando, y las variaciones bruscas, son las más frecuentes.

Síntomas.—Dolor dilacerante, punzante y gravativo, precedido y seguido de malestar indefinible; se presenta al rededor del ombligo; irrádiase á distintos puntos del abdómen, con particularidad hácia el empeine; busca alivio el paciente cambiando de posicion;

se comprime el vientre y está inquieto. Á veces hay timpanismo por la percusion, producido por las flatuosidades de los intestinos; ordinariamente existe constipacion, pocas veces evacuaciones libres, náuseas, vómitos, diarrea, espasmo vexical; las extremidades frias, las facciones demudadas, los labios mordidos, dan una idea de la intensidad del dolor; el pulso se presenta pequeño, duro y contraido.

Por más que el cuadro que acabamos de presentar pinte con todos sus colores la enteralgia típica, puede ésta ir acompañada de otros elementos morbosos y formar diferentes especies de *cólico nervioso,* que debemos conocer.

El inflamatorio, es propio de la primavera, de esa estacion en que tanto contrasta el frio de la noche con el calor del dia, lo que motiva grandes cambios en la circulacion: el dolor en este cólico aumenta con la presion, viene con fiebre; la lengua ofrece costra blanquecina, y la orina turbia y encendida. Su terminacion más comun es por sudor ó evacuaciones albinas.

El bilioso, propio del verano y otoño, favorece su presencia el abuso de los helados, alcohólicos y leches; en éste hay primero estreñimiento, color ictérico, lengua con capa amarillenta, vómitos biliosos y orina anaranjada pero obscura, terminando por evacuaciones estercoráceas y luego biliosas.

El catarral ó pituitoso, propio de las estaciones húmedas y frias, lo caracteriza el aliento fétido pero ácido, lengua saburrosa, vómitos mucosos, debilidad del pulso, frialdad, dolor en las extremidades, y orina turbia y blanquizca.

El producido por indigestion, se presenta con dolores gastro-intestinales, vómitos de sustancias indigeridas y deposiciones de vientre, ó bien dolores con opresion

y meteorismo, sin vómitos ni deposiciones, en cuyo caso aumenta la gravedad, pues constituye el *cólico cerrado*, que puede ocasionar graves accidentes.

Curso, duracion y terminacion.—Segun se deduce de la descripcion que precede, podemos consignar que unas veces el curso es rápido y de buena terminacion; pero otras, sin dejar la rapidez, el término es mortal: su duracion, pues, será variable, segun la especie de enteralgia de que se trate; y si bien termina casi siempre felizmente, el cólico cerrado suele ser de resultado fatal.

Pronóstico.—En general, no es la enteralgia enfermedad que compromete la vida en la mayoría de casos; pero como que alguna vez sobrevienen complicaciones, esto hace sea reservado, pues en este caso el pronóstico se agrava sériamente.

Tratamiento.—Cálmese el eretismo nervioso, que es la principal indicacion, por medio del ópio y sus preparados; enemas emolientes laudanizadas; cataplasmas de igual naturaleza; mixturas calmantes; bebidas demulcentes; abrigo, reposo y dieta vegetal: siempre que no se obtenga un buen resultado de los calmantes, aconséjese el baño general templado.

La segunda indicacion es el uso de los purgantes.

Este tratamiento se modifica segun la especie de cólico que se presente; en el inflamatorio, podrá ser conveniente una aplicacion de sanguijuelas; en el bilioso, los laxantes, como el agua de Seltz, magnesia calcinada y pocion anticólica, tisana de maná, etc.

En el cólico catarral, los aromáticos calmantes, los alcalinos, friccion con aceite de manzanilla eterizado; despues los laxantes.

En el cólico cerrado, se procura el vómito por medios mecánicos, deposiciones por enemas purgantes, pociones laxantes, calmantes y baños.

CAPÍTULO XXV.

Extrangulacion intestinal.

En nuestros dias se ha querido sustituir con el nombre de extrangulacion interna el de íleo, con que designaban los antiguos todo obstáculo al curso de las materias intestinales.

Los trabajos publicados por Rokytanski, sobre este particular, son del mayor interés, y muy admisible la division que hace de este trabajo en tres especies, que son:

1.ª Estrechez sin obliteracion, causada por presion externa.

2.ª Circunvalacion de una parte del intestino, en rededor de un eje formado por otro pedazo de él.

3.ª La extrangulacion causada por anillos ó bridas célulo-membranosas.

Nosotros creemos deber agregar á estas tres especies la invaginacion intestinal, accidente en que indudablemente se halla bastante extrangulado el intestino invaginado, pero que por la fisonomía particular que presenta exige descripcion especial.

Síntomas.—Considerada ésta en general, y en los casos más graves, hallarémos dolor vivo, que se presenta repentinamente; distension abdominal, meteorismo, ansiedad, hipo, náuseas, vómitos biliosos al principio, de materias fecales despues, constipacion tenaz; á veces las deposiciones son nulas: si el caso llega á la mayor gravedad, el rostro se altera, los ojos se hunden, hay notable agitacion, se respira con ansiedad, el calor

desciende y el pulso se hace insensible, sobreviniendo la muerte.

Curso, duracion y terminacion.—Lo comun es que el curso sea rápido, en cuanto puede referirse al tiempo que exista la gravedad: despues la duracion es variable, aunque con frecuencia es corta; y la terminacion es funesta en gran número de casos.

Pronóstico.—Siempre es reservado, por la mucha gravedad que tiene la afeccion.

Tratamiento.—Por desgracia, siendo tan grave la enfermedad, pocos son los recursos de la terapéutica.

Las emisiones sanguíneas locales, cuando los dolores son vivos, producen alivio, si bien pasajero.

Cuando la extrangulacion no es completa, es decir, cuando no ha llegado al extremo la obliteracion, los purgantes producen buenos resultados, como el aceite de ricino y los calomelanos; pero si la obliteracion es completa, los purgantes agravarán el estado del paciente, pues sobrevienen cólicos violentos. En esta enfermedad hay que recurrir á todos los medios capaces de mitigar los principales síntomas; y siendo la agitacion y el dolor de los que más llaman la atencion, claro es que los antiespasmódicos, los baños, los preparados calmantes al exterior y los narcóticos á altas dósis se hallarán indicados, aunque el resultado que de ellos se obtenga no sea tan satisfactorio como fuera de desear.

CAPÍTULO XXVI.

Invaginacion de los intestinos.

La introduccion de una parte del intestino en el in-

terior de otro, es lo que los antiguos llamaban válvulo, passio ilíaca, y lo que modernamente se conoce por invaginacion intestinal.

Causas.—Difícil es apreciar éstas en el mayor número de casos; parece que la infancia y el sexo masculino predisponen algun tanto, y como causa ocasional se ha visto que ha sido producida por un esfuerzo violento, por la administracion de algun purgante drástico, ó por una inflamacion intestinal; pero es necesario convenir que las más veces son desconocidas.

Síntomas.—Conforme con algunos autores, creemos es mucho más grave la invaginacion cuando se efectúa en los intestinos gruesos.

Aunque haya alguna analogía entre los síntomas que la caracterizan y los de la extrangulacion, se encuentran particularidades suficientes, para distinguir estos dos estados morbosos.

El dolor es en un punto determinado; alterna la diarrea con la constipacion; empieza la enfermedad con náuseas y vómitos biliosos; luego cólicos violentos, vientre sensible á la presion; se percibe tumor oblongo, y por la percusion en dicho punto, se obtiene sonido macizo; casi siempre hay deyecciones líquidas fétidas, obscuras y con sangre.

Presentado el trabajo flegmásico, hay sed, regurgitaciones, vómitos frecuentes, hipo, fiebre, etc.; y si llega á su mayor grado, síntomas de peritonitis local, enfriamiento, agitacion, descomposicion de pulso, y algun otro que anuncia la muerte.

Curso, duracion y terminacion.—Siendo la duracion distinta, vemos que su terminacion suele ser favorable cuando la invaginacion es de intestinos delgados; citándose numerosos casos en que la curacion se ha efectuado eliminándose una porcion más ó ménos conside-

rable de la parte invaginada: radicando la afeccion en los intestinos gruesos, la enfermedad es sumamente grave, por lo frecuente que es la mortal terminacion.

Pronóstico.—Reservado siempre, por la mucha gravedad del mal.

Tratamiento.—Éste se reduce á combatir la inflamacion con sanguijuelas sobre el tumor, cataplasmas, baños generales, enemas emolientes laudanizadas, purgantes que no produzcan contracciones intestinales peligrosas y un movimiento peristáltico que podria favorecer la invaginacion; los demulcentes, narcóticos que mitigan la agitacion y el dolor; y separar las causas que puedan oponerse, para que la enfermedad alcance el período en que se verifica la eliminacion del intestino.

CAPÍTULO XXVII.

Carcinoma ó cáncer intestinal.

El carcinoma ó cáncer de los intestinos, enfermedad bien rara, se presenta primitivamente, y lo más comun al nivel del intestino ciego, ó en el recto, hallándose el estudio de sus causas envuelto en la mayor obscuridad.

Signos diagnósticos.—Si es poco extenso y no produce estrechez, suele pasar desapercibido; si ocupa el duódeno, se confunde con el cáncer del estómago; y si es en otra porcion intestinal, hay dolores sordos y estreñimiento que alterna con diarrea: por la palpacion, se nota un tumor doloroso, duro y abollado: por la percusion, macidez; si se presenta en el ciego, hay además un gran obstáculo en el curso de las materias fecales; si se desarrolla en el recto, hay fuertes dolores en la

region sacra, tambien algun flujo de sangre y de mucosidades fétidas; hay constipacion, y se expelen los excrementos en pequeña cantidad, redondeados ó apiñados, ó bien caprinos; si produce estrechez intestinal, el vientre se meteoriza, se aumentan los dolores y áun se presentan síntomas de oclusion: el estreñimiento suele luego ser reemplazado por diarrea y flujo de sangre; algunas veces puede ser abundante, y siempre hay salida de flujo líquido, sanioso y fétido.

Cuando persisten los síntomas, viene pérdida de fuerzas, demacracion, tinte pajizo de la piel, pequeñez de pulso, y todos los demás signos de la caquexia.

Curso, duracion y terminacion.—Por lo comun, el curso es largo y contínuo el padecimiento: la duracion de esta enfermedad, de meses y áun años: su terminacion constante es la muerte. Si se produce gran estrechez, vienen los síntomas del íleo; si hay perforacion, ó aunque no la haya, se desarrolla multitud de veces la peritonitis; otras, los progresos de la caquexia cancerosa ponen fin á la enfermedad.

Tratamiento.—Es puramente paliativo; manténgase libre el vientre y combátase el estreñimiento por purgantes laxantes; trátese el dolor por el ópio y sus preparados; reanímense las fuerzas abatidas por los tónicos neurosténicos y reconstituyentes: tambien hay ocasion de recomendar los antisépticos, sometiendo á los enfermos al uso de alimentos que dejen poco resíduo; caldos suculentos, huevos, carnes tiernas, gelatinas, leche, y cuanto puede contribuir á reparar las pérdidas, y sostener las fuerzas de organismos empobrecidos.

CAPÍTULO XXVIII.

Tubérculos intestinales.

No es tan comun como se cree la tuberculósis intestinal, pues ciertas supuestas afecciones tuberculosas de los intestinos, son producidas no por la formacion de tubérculos miliares, sino por una degeneracion caseosa de los folículos intestinales; las glándulas de los intestinos participan de las distintas afecciones de la mucosa intestinal. En los catarros agudo y crónico, se hinchan los folículos, y si bien esto depende por una parte del aumento de los elementos celulares, se debe por otra á la mayor absorcion de líquidos, y sin dejar señal de su existencia, desaparece con el mismo catarro que la producia; pero hay otros casos en que es más considerable y pertinaz la tumefaccion; como que la hiperplasia celular llega á un alto grado, entónces se opera una metamorfosis grasosa incompleta; esto es, una degeneracion caseosa.

Cuando los folículos intestinales sufren dicha degeneracion, se actúa en ellos con el tiempo una fusion molecular, que da por resultado en la pared del intestino, la formacion de pequeños abscesos llenos de pus, los cuales se abren y quedan ulceraciones de más ó ménos extension.

La tuberculósis intestinal se padece más frecuentemente en la infancia; tambien se presenta secundariamente en la tísis tuberculosa pulmonar; y en ocasiones más raras es concomitante de dicho padecimiento.

Signos diagnósticos.—Sospecharémos su existencia si hay diarrea y le precede dolor; si el vientre está sen-

sible, sobre todo por la presion, y si acompaña á estos signos fiebre lenta.

Hay alternativas de exacerbacion y remision, perdiendo siempre mucho en nutricion el enfermo.

Cuando á los síntomas de tísis pulmonar se agregan diarreas rebeldes, es muy probable que los folículos intestinales hayan degenerado en materia caseosa.

Curso, duracion y terminacion.—La duracion de la enfermedad es larga por lo comun, y su terminacion pocas veces favorable; pues sólo siendo primitiva y presentándose en la infancia, socorrida á tiempo puede obtenerse algun resultado satisfactorio.

Tratamiento.—Es indispensable primero, combatir la predisposicion morbosa que provoca la tuberculósis y la sostiene. Ténganse en cuenta la profilaxis y tratamiento de la tísis tuberculosa y de la escrofulósis, y cuéntense como grandes recursos, la administracion del aceite de hígado de bacalao, del café de bellotas, de las hojas de nogal, de astringentes, del ópio y de baños salinos en ciertas circunstancias.

CAPÍTULO XXIX.

Helmintíasis: vérmes intestinales.

Sólo nos proponemos dar á conocer la ténia ó lombriz solitaria, el botriocéfalo, el oxiuro vermicular y los ascárides lumbricoides, por ser los vérmes que con más frecuencia se hallan en el tubo intestinal.

La *tænia solium* ó lombriz solitaria, ordinariamente tiene de 3 á 4 metros de longitud, color blanco amarillento, redondeada y muy delgada en su extremidad anterior, ancha y plana en la posterior.

La cabeza es una prominencia en forma de cuadrado de ángulos redondos, con una trompa cónica rodeada de doble corona de ganchos, y más afuera cuatro chupadores colocados con simetría. El cuello es en extremo delgado, tiene sobre centímetro y medio; el cuerpo lo constituyen anillos que aumentan gradualmente en latitud, teniendo los primeros escasamente medio milímetro, y los últimos centímetro y medio. Las demás particularidades exigen un exámen y descripcion especial.

La *ténia* por lo comun se encuentra sola; raro es hallar dos ó más en un individuo; anida en el intestino delgado, aunque puede llegar al grueso.

El *botriocéfalo,* lombriz tambien solitaria, se distingue de la ténia, porque en lugar de la trompa, ganchos y chupadores, tiene en la cabeza dos fositas laterales hundidas, cuello apénas señalado, y las articulaciones son más anchas que largas: tambien vive en el intestino delgado.

El *oxiuro vermicular* es un gusano del grosor de un hilo. Los machos tienen de dos y medio á tres milímetros de largo, y enroscados en su cola formando espiral: las hembras son mayores y rectas ó poco encorvadas: el sitio predilecto es la parte inferior del intestino; sin embargo, suelen llegar hasta la parte inferior del intestino delgado.

El *ascárides lumbricoides* es un gusano cilíndrico, termina en punta por sus dos extremos, tiene de dos y medio á tres decímetros de largo y de cuatro á seis milímetros de grueso; su cuerpo es trasparente. Habita en todo el tubo intestinal; en ocasiones llega al estómago y al esófago: á veces existen en un número crecidísimo.

Causas.—El uso de ciertas carnes; el cerdo contiene

principalmente el escólice de la ténia: tambien se encuentra en el corzo y buey. En los países donde se crian muchos cerdos, es frecuente la ténia.

El oxiuro y el ascárides parecen producidos por el uso de sustancias amiláceas. Es de creer que el alimentarse con harina averiada, haga llegar á los intestinos huevos ó larvas de ambas clases de vérmes.

Signos diagnósticos.—La ténia muchas veces no hace sospechar su presencia; los individuos se aperciben cuando arrojan algunos anillos; pero en otras se quejan de cólicos, y dicen sentir un objeto que se mueve y enrosca: suelen tener náuseas y áun vómitos; considerable secrecion de saliva. Si estos accesos se presentan despues de haber comido arenques, cebollas, rábanos y frutas, será un motivo para sospechar la existencia de la solitaria.

Hay casos en que se presentan diarreas, se palidece y se abaten las fuerzas, sobre todo en las personas de corta edad.

Tambien puede la solitaria producir una irritacion en los nervios intestinales por movimiento reflejo, trasmitirse á otros cordones nerviosos y producir unas veces ligeros trastornos de inervacion, lo cual es más comun en las ascárides lumbricoides, como cosquilleo, picazon, rechinamiento de dientes, dilatacion de la pupila, estrabismo, etc.; pero otras puede la solitaria llegar á provocar neurósis graves, como la epilepsia y el corea.

Los ascárides irritan poco el canal intestinal; rara vez de una manera alarmante alteran la nutricion; sin embargo de que cuando se aglomeran en extraordinaria cantidad, producen cólicos más ó ménos graves.

El aspecto pálido, caquéctico y las ligeras perturbaciones ya mencionadas de inervacion poco valor tienen:

hay ocasiones en que las ascárides no producen trastorno, y otras los enfermos no encuentran voces con que expresar los tormentos que sufren.

Los oxiuros promueven gran picazon por sus movimientos contínuos al acercarse al ano, molestia que aumenta por la noche é impide reconciliar el sueño.

Suelen pasar á la vulva y vagina, y la picazon que en dicho punto producen, puede motivar un catarro que en pos de sí traiga una leucorrea precoz.

Tratamiento.—Para la ténia, uno de los medios más seguros es la corteza fresca de raiz de granado, en la proporcion de 2 á 4 onzas (60 á 120 gramos) en una ó dos libras (360 á 720 gramos) de agua, reducido á la mitad, tomándolo en dos ó tres dósis al dia, y despues un purgante drástico.

Contra el botriocéfalo, el polvo de la corteza de la raiz del helecho macho, administrado de media á una dracma (2 á 4 gramos) por dósis, dos ó tres veces al dia, y luego un purgante como en el caso anterior: el más preferible es el aceite de ricino.

En ambos casos se emplea el ricino á la dósis de 1 á 2 onzas (30 á 60 gramos), con el intervalo de media hora, despues de una taza de café; y si no hay evacuaciones, un laxante.

El aceite de trementina, de media á una onza (15 á 30 gramos), ántes de acostarse, es uno de los tenífugos más seguros, pero tiene un sabor horrible y es irritante.

Para los oxiuros, enemas de agua fria y vinagre; en casos rebeldes, una solucion ligera de deuto-cloruro de mercurio; y para los ascárides, el sémen contra, la santonina y sus diferentes preparados.

CAPÍTULO XXX.

Enfermedades de los órganos anexos al aparato digestivo.

Nos ocuparémos primero de las afecciones del hígado, despues de las más interesantes del bazo y del páncreas, finalizando esta seccion con aquellas que merecen nuestro estudio y son propias del peritoneo.

Afecciones del hígado.

Exploracion.—Para dar el verdadero valor diagnóstico á los cambios que podemos observar en la posicion del hígado, que pueden ser producidos por su desviacion ó por variaciones patológicas de su volúmen, es indispensable recordar su situacion en estado fisiológico, pues se trata de un órgano de suma importancia, y que padece las más veces de una manera grave é insidiosa.

En estado normal, el reborde inferior de las costillas falsas derechas constituye sus límites inferiores: los superiores sólo pueden fijarse de un modo aproximado por la percusion, y obtendremos un sonido mate, en aquella extension en que el hígado está más próximo á las paredes torácicas, teniendo en cuenta que en los niños, el hígado es relativamente más voluminoso que en el adulto.

En el estado patológico, cambia unas veces porque puede ser rechazado hácia arriba, como sucede en la

hidropesía de vientre; puede sufrir el cambio en sentido contrario, como acontece cuando hay un derrame torácico; pero lo que principalmente le hace variar de posicion es el aumento de volúmen.

La inspeccion de la region del hígado nos facilitará datos de gran interés, pues este órgano no sólo es asiento de numerosas y graves enfermedades, sino que tambien lo es de perturbaciones patológicas dependientes de otra afeccion. Puede haber aumento en la dimension del hipocondrio y áun tener varia forma; esto sucede en los casos de tumores.

Por la palpacion ó el tacto, reconocerémos los cambios de sitio, forma, etc. No porque rebase de la situacion normal, podemos deducir que esté aumentado de volúmen, pues podrá estar dislocado, comprimido hácia tal ó cual lado por los órganos próximos, por lo que debemos extender la exploracion á las partes inmediatas, para que evitemos todo error.

La percusion nos dará sonido mate, que puede ser considerable si existe aumento de volúmen ó está rechazado hácia arriba; el sonido lo hallarémos claro en la cirrosis, en los casos de desalojamiento del hígado, debido á un enfisema del pulmon ó á un neumotórax derecho.

La auscultacion en ciertos casos, nos dará á conocer alguna comunicacion morbosa, entre un absceso del hígado y las vias aéreas.

La medicion nos facilitará el distinguir los cambios de volúmen, inapreciables por el tacto ó por la vista.

La introduccion de un estilete en algun caso raro de fístula, las punciones exploradoras, el exámen detenido para inquirir el sitio del dolor si es que existe, su naturaleza, etc., como igualmente el estudiar la coloracion de la piel, de las conjuntivas y mucosas, el estado

de la orina y de las materias fecales, la presencia en ellas de cálculos biliares, y algunas otras particularidades, son datos del mayor interés que deben recogerse, y cuyo exámen minucioso constituye la prolija exploracion que debemos hacer de uno de los órganos que juegan más importante papel en la economía.

CAPÍTULO XXXI.

Hepatitis aguda.

Definicion.—Es la inflamacion del hígado.

Hacemos una ligera descripcion de dicha enfermedad en este lugar, considerándola sin complicacion y franca desde el principio; porque despues, en los cuadros sinópticos, abrazamos lo más interesante de ella bajo el punto de vista clínico.

Causas.—Es propia la inflamacion aguda del tejido del hígado, de los climas cálidos; se debe tambien á heridas y contusiones, al abuso de bebidas alcohólicas, á excesos en el régimen, á otras afecciones gastro-intestinales, á privaciones y á pesares.

Anatomía patológica.—Aunque deben ser los primeros signos anatómicos de la hepatitis, la congestion y el reblandecimiento, no es posible caracterizar la coloracion y consistencia del hígado en su estado flegmásico; así opina el práctico de los Hospitales, quien asegura tambien que lo propio puede decirse del aumento de volúmen y de las formas de induracion que pueden presentarse, y que sólo la alteracion que sí se estudia con exactitud, es la supuracion.

De ordinario, el pus se reune en uno ó más focos en

el espesor de la entraña, ya enquistado, ya rodeado de sustancia reblandecida; el pus puede estar mezclado con sangre ó con restos de tejido.

La induracion parte en ocasiones de los vasos del órgano, y sobre todo, de las ramificaciones de la vena porta; éstos se encuentran obliterados en sus principales troncos y las divisiones con pus. Si se da un corte al hígado, se ve al rededor de estos puntos que la sustancia hepática se halla algo reblandecida, con tinte apizarrado.

Síntomas.—Dolor en el hipocondrio derecho obtuso; cuando la hepatitis es superficial, vivo y lancinante; se extiende hácia el epigastrio y por el pecho hasta el hombro correspondiente; hay aumento de volúmen con tension y dureza.

A esos síntomas locales se agrega: anorexia, pastosidad de boca, sed, lengua encendida en sus bordes y punta, alguna vez vómitos, diarrea ó estreñimiento; y cuando hay esto último, el excremento no tiene color; orina encendida y decúbito lateral izquierdo difícil. En el aparato respiratorio no hay más alteracion que es la disnea, si la flegmasia radica en la cara convexa.

Entre los síntomas generales debemos mencionar: pulso frecuente y lleno, cefalalgia y agitacion; pero al fin de la enfermedad el pulso se empequeñece, sobreviene delirio y síntomas adinámicos; teniendo en cuenta además que la ictericia se presenta desde el principio, sobre todo cuando la inflamacion radica en la cara cóncava, sino hay coloracion amarillenta.

Curso, duracion y terminacion.—El primero es contínuo, con algunas exacerbaciones y remisiones; su marcha comun, rápida; dura uno ó dos setenarios, rara vez llega á los veintiun dias, y las más veces termina por resolucion; entónces hay disminucion gradual de

los síntomas y diarrea ó sudor: ménos frecuente y más temible es la terminacion por supuracion, y esto se anuncia por escalofrios, fiebre con recargos, sudores viscosos, y se forma un absceso que si bien puede abrirse al exterior, otras lo hace interiormente en la cavidad abdominal, en el tubo intestinal, ó perfora el diafragma, etc.; tambien puede terminar por gangrena ó pasar al estado crónico.

Diagnóstico.—Si hemos procurado tratar esta enfermedad someramente, es porque en los cuadros sinópticos hacemos mérito de cuanto importante hay en ella bajo el aspecto clínico.

Pronóstico.—Siempre es grave; mucho más cuando termina por supuracion, y el foco purulento se abre en una cavidad cerrada.

Tratamiento.—Es una de las enfermedades donde tienen mejor indicacion las evacuaciones generales y locales de sangre; pero acudirémos á las primeras, despues de consultar la constitucion y temperamento del individuo, y la constitucion médica que reine. Por lo que hace á las aplicaciones de sanguijuelas, si la flegmasia es en la cara convexa, se colocarán en el hipocondrio derecho; pero si reside en la cara cóncava, su más conveniente aplicacion será en el ano. Si hay estreñimiento, se usarán purgantes de la clase de los laxantes, fricciones resolutivas y calmantes, dando la preferencia á la pomada mercurial con el extracto de belladona, en la proporcion de dracma por onza; tambien cataplasmas y enemas emolientes: como bebida usual, tisanas mucilaginosas acídulas; dieta y baños generales templados. Los calomelanos asociados al ópio, como antiplásticos, tienen su aplicacion, así como los resolutivos, si queda algun infarto del hígado.

Cuando termina por supuracion, acudirémos á los

tónicos neurosténicos y á una alimentacion ténue; pero si el absceso es superficial, por medio de madurativos y cáusticos, trátese de establecer comunicacion entre el foco y la pared abdominal, para dar pronta salida al pus.

CAPÍTULO XXXII.

Hepatitis crónica.

En el mayor número de casos sobreviene esta forma de hepatitis á la aguda, y otras es producida por causas excitantes, que obran con lentitud.

Signos diagnósticos.—Se presentan los propios de la hepatitis aguda, pero ménos graduados, así es que el dolor sólo es en este caso una incomodidad; la ictericia rara vez se presenta, pero sí hay palidez amarillenta en las conjuntivas y piel, y en alguna ocasion manchas más ó ménos parduscas; el volúmen está constantemente aumentado, pero conserva su forma, á ménos que se actuara un absceso; poca intensidad tiene la fiebre, pero hay perturbacion en la funcion digestiva, que es la causa del desmejoramiento que experimentan estos individuos, por lo poco que se alimentan y nutren; y cuando la afeccion es antigua, sobrevienen alteraciones profundas en otros órganos de este interesante aparato.

Curso, duracion y terminacion.—Lento su curso; las más veces es enfermedad de duracion larga y penosa, pues no dejan de presentarse exacerbaciones que comprometen la vida; por lo cual no debemos extrañar que la terminacion sea funesta en muchos casos, y en otros la ascitis sobreviene, y es la precursora del triste fin.

Pronóstico.—En general es mortal; pues tan sólo no lo es si se forma un absceso que establece abertura exterior.

Tratamiento.—Los mismos medios aconsejados para la forma aguda, cuando se presentan las exacerbaciones: en esta forma es indispensable insistir en los medicamentos llamados fundentes, dando la preferencia al jabon medicinal, aloes, ruibarbo y escila; el segundo, indicadísimo en los casos en que la enfermedad pudiera depender de la supresion de un flujo hemorroidal, por la activa derivacion que produce en la parte baja de los intestinos gruesos; el tercer medicamento, especial para las afecciones del hígado, como purgante y como tónico, segun la dósis á que se administre, es muy recomendable en ambas formas de hepatitis: tambien emplearémos los emplastos y fricciones resolutivas; los vejigatorios si indicados se hallan en la forma aguda para favorecer la resolucion, no ménos lo están en la crónica, pequeños y repetidos con el mismo objeto; los calomelanos á dósis refractas como antiplásticos sobre todo, producen buen efecto, y no menor el del agua mineral de Bañares, á la dósis de 3 á 4 onzas (90 á 120 gramos) por dia, y por un tiempo más ó ménos largo, completando esta medicacion con el uso de ligeros purgantes, de aguas minerales alcalinas y de mar, de baños templados y de alimentos nutritivos pero de fácil digestion, capaces de restaurar las fuerzas, que por efecto de la debilidad digestiva son muy escasas.

Necesario es que los afectos de hepatitis crónica guarden mucho los preceptos higiénicos, pues cualquier exceso en la alimentacion ó en las bebidas, como tambien el descuidar el abrigo en las estaciones medias, puede comprometer su delicada existencia.

CAPÍTULO XXXIII.

Hipertrofia del hígado.

El aumento de volúmen del hígado es lesion de escaso interés para el Médico: los casos que de hipertrofia se refieren son pocos: el cuadro patológico que presenta, incompleto; y los datos terapéuticos con que podemos contar, insuficientes.

Por lo que hace al punto donde reside la lesion, la mayor parte de los autores lo fijan en la porcion granulosa.

Causas.—Éstas son obscuras; no pasa de una hipótesis el creer que una irritacion nutritiva, que congestiones repetidas, producen la hipertrofia; se considera que las afecciones del corazon, vias respiratorias y digestivas, eran orígen de hipertrofia hepática; pero es innegable que en semejantes circunstancias, se originan congestiones que se han confundido frecuentemente con esa afeccion.

Signos diagnósticos.—Es muy raro acusen dolor los enfermos, sí alguna dificultad y pesadez en el hipocondrio derecho; por la palpacion se nota tumor duro é igual; por la percusion, sonido macizo en la region hepática, en mayor extension de la que corresponde al estado normal; hay pérdida de apetito, digestiones laboriosas, no hay fiebre como no se complique, y tampoco se presenta la ascitis.

Curso, duracion y terminacion.—El curso de la afeccion es crónico, su duracion ilimitada, y termina por alguna complicacion, que es causa de la muerte.

Pronóstico.—Puede considerarse grave; es enfermedad incurable, y da lugar á muchos accidentes, todos temibles.

Tratamiento.—Tiene éste bastante semejanza con el de la hepatitis crónica; así es que están indicadas las aplicaciones de sanguijuelas al hipocondrio correspondiente y al ano; purgantes suaves pero repetidos; al interior los fundentes; en fricciones los yodados y mercuriales; las aguas minerales alcalinas para bebida y para baño general; un régimen severo alimenticio, y el reposo que sea compatible con las tareas del cuerpo.

CAPÍTULO XXXIV.

Cirrosis del hígado.

Esta enfermedad, que se considera causa frecuente de la ascitis, ha sido desconocida ó confundida con otras alteraciones hasta Laennec; Bouillaud y Becquerel han publicado consideraciones sobre ella, lo que nos permite estudiarla con alguna seguridad.

Definicion.—Es una lesion orgánica, que se caracteriza por una alteracion especial del tejido hepático, que consiste en la infiltracion de una sustancia albúmino-fibrinosa, y en la atrofia del parénquima.

Causas.—Indudablemente prefiere la cirrosis la edad adulta y el sexo masculino; el abuso de los alcohólicos quizás sea la causa principal: Becquerel asegura que tambien la origina las lesiones cardiacas y pulmonares, y hay autores que opinan se presenta igualmente cuando hay sífilis constitucional.

Anatomía patológica.—Si bien anatómicamente es-

tá caracterizada la cirrosis, por el predominio hipertrófico del tejido conectivo de dicho órgano, á expensas de la red vascular, que paulatinamente desaparece por compresion; con objeto de fijar más este interesante punto, conviene considerar al tejido hepático formado por dos sustancias: la amarilla, medular y secretoria; y la otra roja, vascular ó interlobular: y de este modo apreciarémos la evolucion anatómica en tres períodos, siguiendo los estudios de Becquerel.

En el primero, el hígado está normal ó poco aumentado; hay, sin embargo, hipertrofia en la sustancia amarilla, que comprime las líneas rojas interlobulares.

En el segundo, se observan las alteraciones propias de la cirrosis. El hígado está reducido, su superficie abollada, los mamelones que presenta se aprecian en el interior del órgano con todos sus caractéres; tienen distinto volúmen; son de color amarillo, rojizo é irregulares por lo comun; apretados entre sí y á veces separados por líneas celulares y blanquizcas, formadas por los restos del tejido rojo é interlobular.

En el tercer período, el hígado se pone de color bronceado, y termina por hacerse verdoso obscuro, cambiándose en putrílago, sin olor, pero viscoso; y otras veces vemos cavidades pequeñas, unas llenas de líquido gelatinoso, obscuro y de poca consistencia, y otras vacías y tapizadas por una membrana célulo-fibrosa delgada.

Síntomas.—En un principio son éstos obscuros; necesario es que la enfermedad haya tomado incremento para poderlos apreciar. Lo que primero se nota son desarreglos digestivos, dolor en el hipocondrio derecho, que es sordo, obtuso y que se extiende á los lomos y al ombligo; en la piel se observa un color particular terroso, parecido al tinte ictérico, y que es más intenso

en la cara y cuello. Como síntoma constante, podemos mencionar la *ascitis,* y no deja de ser frecuente la dilatacion varicosa en las venas de las paredes abdominales.

La percusion y la auscultacion nos darán á comprender que el hígado está normal ó reducido, y el bazo más ó ménos infartado.

Más tarde, ya encontramos demacracion general, aunque más notable en la mitad superior; el abdómen está aumentado por el derrame, y las extremidades inferiores lo están despues por el edema.

Si examinamos las orinas, verémos están rojizas ó de color de naranja, obscuras, son densas y con gran cantidad de urato ácido de amoniaco, que se precipita adicionándole ácido nítrico.

Cuando la enfermedad ha tomado gran desarrollo y podemos considerarla próxima á su fin, sobrevienen grandes trastornos digestivos; la lengua se presenta roja y seca; las deposiciones son involuntarias; la demacracion y el abatimiento notables; el pulso se hace frecuente é irregular; se perturba la inteligencia, pues hay delirio y coma; frialdad y marcada postracion, son los síntomas que podemos decir precursores de la muerte.

Curso, duracion y terminacion.—Rara vez es el curso de esta enfermedad rápido, sino crónico; su duracion es larga, y termina por muerte; bien porque sobrevenga el estado caquéctico que acompaña á la forma crónica, bien como consecuencia de la ascitis, ó por cualquiera otra alteracion.

Opinan algunos autores que existe una cirrosis aguda; pero bien podemos considerar ésta como el primer grado de la afeccion.

Pronóstico.—Mortal, pues las complicaciones de es-

ta enfermedad hace que en todos los casos la terminacion sea funesta.

Tratamiento.—Se han recomendado, pero sin éxito, las aplicaciones de sanguijuelas, los diuréticos, purgantes, revulsivos, vejigatorios, medicamentos alcalinos y mercuriales.

La indicacion principal en esta afeccion es sostener las fuerzas abatidas con una alimentacion analéptica, amargos y ferruginosos; tambien corregir los accidentes que llegan á presentarse; así es que para combatir la crasitud de las mucosidades del estómago é intestinos se usarán los alcalinos; si se presentan hemorragias, se emplean los astringentes; si hay extreñimiento, los laxantes; si se sospecha pueda ser el orígen sifilítico, los mercuriales, ó un tratamiento cuya base lo constituya el yoduro potásico. En una palabra, es preciso llenar indicaciones sintomáticas, y combatir con medios eficaces las complicaciones que se presenten.

CAPÍTULO XXXV.

Cáncer del hígado.

Como primitivo y consecutivo puede considerarse el cáncer del hígado, que no es más que una manifestacion de la diátesis cancerosa.

Causas.—Puede decirse que la etiología pertenece á la predisposicion hereditaria, innata ó adquirida. En la edad avanzada se padece con más frecuencia; es raro en la juventud, y en su presencia no influye de una manera notable ni el sexo ni el clima.

Anatomía patológica.—En el cáncer de este órgano,

el tejido que predomina es el escirroso, que tan sólo degenera en el encefaloides; se observan masas de distinto volúmen en diferentes puntos, sobre todo en la cara convexa, como tumores abollados. El tejido inmediato al cáncer se presenta más ó ménos congestionado; algunas veces invade la lesion la vesícula y los conductos biliares; y en ciertos casos hay peritonitis parcial, y con más frecuencia ascitis.

Síntomas.—Es comun que haya aumento del órgano, que puede ser extraordinario. Percutiendo, en toda la extension se nota sonido mate; y por la palpacion, desiguales abolladuras dolorosas, sensacion en el hipocondrio derecho, unas veces de dolor sordo, otras lancinante; suele haber ictericia, segun Heyfelder, cuando los vasos biliarios están comprimidos, pero es más frecuente haya ascitis.

Podemos agregar otros síntomas que, relacionándolos con los referidos, tienen no escaso valor diagnóstico; desde el principio se trastornan las funciones digestivas, y en período más avanzado hay dispepsia, estreñimiento, luego diarrea, hemorragias, epistaxis, ligeras hematemesis y petequias.

En el final ó período adelantado del padecimiento, se alteran profundamente las principales funciones; la respiracion la hallaremos dificultosa; el pulso, que como en todas las afecciones cancerosas se ha conservado natural, se hace pequeño, débil y frecuente; el calor disminuye; la demacracion aumenta, y la hipocondría anuncia la proximidad de la muerte.

Curso, duracion y terminacion.—Aunque su curso es progresivo, tambien es variable; el período de crudeza es largo, pues camina con lentitud, pero ya empezado el reblandecimiento, los desórdenes anatómicos y funcionalesaumentan con rapidez, y no por eso deja

de ser la duracion larga; su término constante es la muerte, que puede ser debida á distintas causas; pueden los enfermos sucumbir por la reabsorcion cancerosa, por los efectos de la ascitis, ó por alteracion en las funciones nutritivas; rara vez sucumben á complicaciones, como peritonitis, gastro-enteritis, etc.

Pronóstico.—Bien sea primitivo el cáncer, bien consecutivo á determinaciones cancerosas, ó que se haya presentado despues de haberse extirpado alguno exterior, siempre será el pronóstico mortal, áun haciendo abstraccion de las condiciones favorables en que puedan hallarse los atacados de tan grave como cruel enfermedad.

Tratamiento.—Constituyen la base de él los cuidados higiénicos, la separacion de todas las causas que puedan irritar el hígado ó el aparato digestivo; no usar ningun remedio fuerte; someter á los pacientes á una alimentacion suave; las aguas ligeramente alcalinas, algun laxante y los narcóticos están indicados; pero téngase en cuenta que no está reconocida la eficacia de cuantos medicamentos se han encomiado para combatir esta afeccion; el cáncer del hígado, como todos los internos, no podemos tratarlo sino por medios paliativos; su medicacion es puramente sintomática, y áun para combatir la ascitis debemos evitar el uso de los drásticos y diuréticos, pues apresuran el período caquéctico, y la paracentesis la pondremos en práctica cuando el derrame provoque gran disnea, pues la reproduccion del líquido aumenta la debilidad, y sólo con paliativos tratarémos una afeccion que es superior á todos los recursos del arte.

CAPÍTULO XXXVI.

Neuralgia del hígado.

Sinonimia.—Hepatalgia.

Siendo indudable que las neuralgias viscerales constituyen el punto más obscuro de la ciencia, en cuanto se refiere al diagnóstico, haremos algunas reflexiones para comprender esta enfermedad.

Etiología.—Áun no está demostrado que el estado de neurostenia sea una causa predisponente de la hepatalgia, pero sí se observa con más frecuencia en las mujeres que en los hombres; el histerismo y la existencia de neuralgias anteriores, tambien se consideran como causas de dicho padecimiento.

Sintomatología.—Se caracteriza la afeccion por dolor que reside en los nervios del hígado. Hay casos en que el dolor depende de una hiperestesia parcial de los nervios, que se distribuyen en el hígado; y si bien en el estado natural los nervios del gran simpático, que constituyen el plexo-hepático, y los que proceden del neumo-gástrico y diafragmático, no están dotados de sensibilidad, llegan á adquirirla grande en ciertas condiciones patológicas, que áun hoy son poco conocidas. Entónces los enfermos acusan dolor, cuya situacion es variable; repite por accesos que á veces son muy violentos; cede el dolor por la presion, y aunque la enfermedad llega á adquirir gran intensidad, no presenta síntomas precursores. Acompaña al acceso ansiedad, náuseas y vómitos, desasosiego, agitacion; se altera la fácies y hay marcadas señales de sufri-

miento. El dolor desaparece en distintas ocasiones del dia, y gran tranquilidad experimenta el paciente.

Diagnóstico.—La hepatalgia puede equivocarse con un cólico hepático, con afecciones del riñon derecho, con el cáncer y áun con el íleo; debemos, pues, fijarnos mucho en los antecedentes, para no incurrir en error diagnóstico. En los cuadros finales nos ocupamos de este interesante punto.

Pronóstico.—Éste puede hacerse reservado, por los desórdenes y áun accidentes que pueden sobrevenir; pero en general no tiene gravedad la afeccion.

Tratamiento.—La primera y principal indicacion es calmar el dolor, lo que se consigue con el ópio y sus preparados al interior y exterior; recomendamos la administracion de la codeina y de la morfina, á la dósis de un grano 5 decígramos, en 3 onzas (90 gramos) de agua de azahar, edulcorada con jarabe de succino ó de claveles; tambien la aplicacion de estos alcaloides en el dérmis denudado es de buen efecto, como las fricciones con las sustancias estupefacientes, los baños templados, y sobre todo el sulfato ó valerianato de quinina, en los casos en que la neuralgia presente alguna periodicidad, administrado á alta dósis; en los casos rebeldes, de una á 2 dracmas (4 á 8 gramos) al interior y en fricciones, son de éxito feliz.

CAPÍTULO XXXVII.

Degeneraciones y neoplasmas del hígado.

El *estado grasiento* del hígado, lo constituye una lesion en que el parénquima es sustituido paulatina-

mente por un tejido adiposo. Existen dos formas en esa lesion: en una, las células del hígado se llenan de una cantidad de grasa, procedente de la vena porta; y en la otra, esas mismas células alteradas en su nutricion por un estado patológico, hacen que el hígado experimente una metamorfosis, por la cual se presentan en su interior células grasosas.

Sus causas son difíciles de apreciar; sin embargo, parece observarse en los individuos que hacen poco ejercicio, comen y beben con exceso; se ha admitido la presencia de una predisposicion congénita.

No ocasiona síntomas particulares; cuando la enfermedad está avanzada, se quejan de plenitud hepática; suele estar aumentada la secrecion de las glándulas cebáceas, y la piel parece hallarse lustrosa; hay diarrea rebelde, y no se marca hinchazon en el bazo, ni ascitis.

Se ha creido que activando la secrecion biliar, se conseguiria la desaparicion del exceso de grasa, única indicacion morbosa que se juzga conveniente llenar.

La *degeneracion amiloidea* consiste en la infiltracion en las células del hígado, de una sustancia que se asemeja al almidon, y da al órgano un aspecto lustroso, por lo que tambien se ha llamado degeneracion lardácea ó cérea.

Acompaña esta afeccion á los estados caquécticos, y los síntomas son en extremo obscuros, debiendo hacer notar que hay tumefaccion en el bazo, ascitis constante, precedida de edema en las extremidades inferiores, excrementos sin color, palidez general, alguna vez ictericia, hidrohemia, y suele haber hasta albuminuria.

Se han recomendado contra esta degeneracion, los preparados de yodo principalmente, como los baños

salinos y las preparaciones de hierro, medios que sólo podemos considerar como paliativos.

La *melanosis* rara vez se observa en el hígado; sin embargo, se citan casos de concreciones melánicas enquistadas ó no. El hígado, segun Heyfelder, es el único órgano en que se encuentran tumores melánicos enquistados que se reblandecen, se vacian y dejan escavaciones como los tubérculos en el pulmon; pero no todos los autores admiten el reblandecimiento en esta produccion morbosa. Poca importancia clínica tiene la melanosis del hígado, por lo difícil de apreciar sus síntomas y escaso éxito de su tratamiento.

Los *tubérculos* del hígado no se reconocen en vida por ningun síntoma; es afeccion que se encuentra unida á la tísis tuberculosa, y los progresos de ésta conducen á los enfermos á la muerte, ántes que la lesion hepática progrese lo bastante para determinarla por sí. Enfermedad que es rara en la edad adulta, se presenta con frecuencia en la niñez.

Los *tumores erectiles,* durante la vida, sólo se conocen cuando su situacion y volúmen hacen que sean accesibles al exterior; en este caso, su elasticidad y blandura lo distinguen de una masa cancerosa; la obscuridad en la fluctuacion y la falta de ruido hidatídico, lo diferencian de los abscesos y quistes serosos hidatíferos. Pueden existir, aunque haya otras alteraciones en el hígado.

CAPITULO XXXVIII.

Enfermedades de los conductos biliares y de la vejiga.—Colecistitis.

Definicion.—Es la inflamacion de la vejiga de la hiel y de los conductos.

Etiología.—Todo obstáculo que se oponga al libre curso de las bílis, puede producir la inflamacion de la vejiga y de sus conductos; por lo tanto, la presencia de cálculos es la causa más comun de este padecimiento, sin que por ello deje de presentarse alguna vez en el curso de ciertas afecciones graves, sobre todo en los que han padecido catarros biliarios.

Signos diagnósticos.—Dolor muy vivo en el lado derecho hácia el borde de las falsas costillas, que aumenta por la presion y los movimientos; este dolor se acompaña de vómitos, ictericia y estado febril; suele observarse la existencia de un tumor, y más tarde fluctuacion y formacion de un absceso, el cual si bien unas veces se abre al exterior, dando salida al pus mezclado con bílis, y alguna vez á pequeños cálculos, otras se abre en el peritoneo ó intestinos, y la muerte sobreviene con prontitud.

Curso, duracion y terminacion.—Por lo comun, aunque el curso sea contínuo, es larga la duracion del padecimiento, y termina favorable ó adversamente, segun se abra paso al exterior ó no.

Diagnóstico.—Pudiera confundirse esta afeccion con el absceso que se forma en el parénquima hepático; evitaremos la duda, teniendo presente que la fluc-

tuacion es más obscura en el absceso del hígado, y se nota dureza al rededor de este absceso en gran extension, cuyo carácter falta en el de la colecistitis.

Pronóstico.—Es grave, pues si bien cuando comunica al exterior por sí ó con ayuda del arte, no es la terminacion funesta, siempre lo es cuando esto no sucede, pues el terminar por resolucion, que es lo más lisonjero, acontece rara vez.

Tratamiento.—No tenemos que mencionar medios especiales para combatir la enfermedad que describimos, sino sólo remitir al lector al tratamiento de la hepatitis, único que podemos recomendar para esta afeccion.

CAPÍTULO XXXIX.

Colelitiasis.

Sinonimia.—Cálculos biliares.

Etiología.—Es más ordinario se encuentren los cálculos en la mujer que no en el hombre; más comun en la edad madura que en la juventud; y el catarro de los conductos biliares, parece como que los motiva. Mas á pesar de todo, es lo cierto que la etiología de la formacion de los cálculos es muy obscura, que áun no puede decirse si éstos se hacen con una bílis normal, ó si es indispensable que este líquido reuna la condicion de ser anormal: se cree que la riqueza de cal en la bílis (y esto puede depender del uso de agua potable calcárea), sea lo que motive la formacion de los cálculos.

Signos diagnósticos.—En esta parte debemos hacer mérito de aquellos síntomas que caracterizan el cólico hepático, porque ya en el artículo anterior, al hablar

de la colecistitis, hemos consignado que en la mayoría de casos es producida por los catarros biliares y por la presencia de cálculos en la vejiga de la hiel.

El cólico hepático aparece de pronto, cuando penetra un cálculo de la vejiga biliar en el conducto cístico, donde se enclava. Entónces se inicia dolor intenso, lancinante ó dilacerante, se irradia al vientre y al pecho, gimen los enfermos, se inquietan y revuelcan. No hay fiebre; el pulso está pequeño y contraido; frialdad, cara descompuesta, síncopes, agitacion, temblor, convulsiones y vómitos simpáticos. Pasadas algunas horas, y en los casos más graves despues de un dia, remiten los síntomas, y esto parece corresponder al paso del cálculo al conducto colédoco, que es más ancho; desaparece del todo el dolor, se rehace el pulso y se mitigan los síntomas, cuando habiendo atravesado el conducto colédoco llega á caer en el duódeno.

La ictericia no es síntoma constante del cólico hepático; el enclavamiento del cálculo en el conducto cístico hace no se efectúe la reabsorcion biliar, presentándose la ictericia, cuando se detiene el cálculo algun tiempo en el conducto colédoco, pero siempre es ésta pasajera.

Otros síntomas aparecen tambien de ménos importancia, como sequedad de boca y faringe, eructos, náuseas, extreñimiento, deposiciones sin color, cuando el cálculo se detiene; y en caso contrario, deposiciones biliosas, orinas amarillas y espesas, etc.

Si los cálculos ocupan las raices del conducto hepático ó la vejiga, suelen permanecer latentes, sin producir más que síntomas vagos y equívocos unas veces, y otras despiertan los propios de una colecistitis, ó de un absceso consecutivo á la inflamacion de la vejiga.

Curso, duracion y terminacion.—El curso es contí-

nuo con exacerbaciones, desapareciendo paulatinamente los síntomas, cuando el cálculo vuelve á la vejiga ó pasa al intestino: la duracion es variable, y la terminacion unas veces es buena, sin dejar señal alguna si la duracion ha sido corta; pero si el acceso fuese largo, se presentan síntomas de hepatitis: termina por muerte si el dolor es excesivo, ó si sobreviene complicacion con derrame de bílis en el vientre, que ocasionará una peritonitis: tambien el marasmo consecutivo á los repetidos accesos dará lugar á semejante fin.

Pronóstico.—Será en todos los casos grave, como se desprende de lo dicho en el párrafo que precede.

Tratamiento.—Durante el acceso debemos recurrir al ópio y sus preparados, pociones con morfina ó codeina; si hay vómitos, inyecciones hipodérmicas con morfina; además enemas laudanizadas, baños templados, fricciones calmantes y tópicos emolientes en el hipocondrio derecho; y si hubiere síntomas de inflamacion, un buen golpe de sanguijuelas en el sitio afecto.

Pasado que sea el acceso, y para evitar en lo posible la repeticion, se aconsejarán alimentos animalizados y vegetales amargos; sustraerse en lo posible de las influencias exteriores, sobre todo en las estaciones frias y húmedas; observar las principales reglas de una buena higiene, y usar, pues produce buen resultado, una mezcla de éter sulfúrico ó de licor de Hoffman, con aceite esencial de trementina, en proporciones iguales, y tomar próximamente de 40 á 50 gotas por la mañana, aumentando la dósis. Se cree que esta preparacion tiene la propiedad disolvente en cuanto se refiere á los cálculos. Es innegable que son eficaces las aguas alcalinas, aunque no podamos explicar si contribuyen á que se forme abundante bílis muy líquida, que fácilmente arrastre los cálculos, ó si la bílis se alcaliniza de

tal modo, que disuelve la cal pigmentada y la colesterina, principios que en primer término son los que forman los cálculos biliares.

CAPÍTULO XL.

Ictericia.

Definicion.—Una coloracion amarillenta de la conjuntiva y de la piel, que es producida por la presencia en la sangre del principio colorante de la bílis, caracteriza la ictericia.

Siendo ésta un síntoma de muchas enfermedades del hígado, de los conductos biliares, de afecciones de otros órganos, de enfermedad general unas veces, y otras siendo independiente y constituyendo por sí sola el padecimiento, hagamos algunas reflexiones para inquirir la condicion patológica que la produce: estudiemos en este capítulo la cuestion de diagnóstico, aunque sigamos distinta forma en la descripcion, y remitamos al lector á los cuadros sinópticos, donde se completa este estudio en cuanto consideramos de más importancia.

La presencia de un cálculo en el conducto cístico ó hepático, puede dar lugar á la obstruccion de las vias biliarias; en este caso, la ictericia será un síntoma de gran valor para diagnosticar el cólico hepático.

Puede presentarse la ictericia, habiendo inflamacion en la vejiga de la hiel, en caso de dilusion ó por compresion en los conductos, debido esto á la presencia de un tumor.

La ictericia puede estar unida á la fiebre; así la ha-

llamos en la hepatitis aguda; pues cuando se presenta en la crónica, esto indica la formacion de un absceso que invade los conductos biliares.

Rara vez se presenta en el cáncer de hígado, pero si su presencia coincide con un tumor desigual y abollado, es innegable que tiene no poco valor diagnóstico.

Más extraño es aún encontrar la ictericia en la flegmasia de la vena porta, en la cirrosis ó cuando hay tumor hidatídico.

Si la pneumonía tiene su asiento en la porcion del pulmon inmediato al hígado, en el embarazo gástrico bilioso, en la fiebre propia de los climas cálidos, en la amarilla y en otras enfermedades, al presentarse la ictericia, se comprende su existencia y el valor que como síntoma tiene; pero hay ocasiones en que aparece sin que se pueda referir á ninguna enfermedad orgánica, y entónces apreciamos lo que designan algunos autores con el nombre de *ictericia esencial*.

Ésta, para su más fácil inteligencia, la dividimos en *ictericia simple*, que es aquella que se caracteriza por coloracion de la piel y de las orinas, y no le acompaña síntoma alguno alarmante; y en *ictericia grave*, que es la que ofrece coloracion amarillo-obscura, con matiz verde, síntomas ataxo-adinámicos y alguna vez hemorragias.

La *ictericia simple* es consecuencia las más veces de una emocion moral viva; ni le acompaña fiebre, ni signo alguno local ni general, que nos haga referirla á un padecimiento determinado del hígado ó de otro órgano; su duracion es de dos á tres semanas, y si llega á acompañarla alguna molestia en el hígado, y se despierta ligero trastorno digestivo haciéndose más duradera, sospechemos con fundamento existe una lesion latente en los órganos biliares.

La *ictericia grave* es casi desconocida por su naturaleza; pero es necesario considerarla como una enfermedad general aguda, sea cual fuese la lesion del hígado á que la ictericia se refiera.

Etiología.—Es obscura, aunque se citen como causas más comunes la miseria, los pesares y el abuso de los alcohólicos: algunos autores creen que se presenta de un modo epidémico, y se asegura que es debida á causas de orígen miasmático. Otros prácticos consideran la ictericia como una hepatitis parenquimatosa difusa aguda, con atrofia del órgano; y no falta quien creyéndola análoga á las fiebres, la conceptúe de orígen miasmático, y algunos como dependiente de una alteracion del bazo, etc.; de todo esto puede deducirse que nada de positivo se sabe respecto á su naturaleza y asiento, por más que la autopsia haya revelado en gran número de casos, la atrofia considerable del hígado con destruccion de las células hepáticas.

Sintomatología.—Unas veces la ictericia grave es benigna en su aparicion, presentándose luego accidentes de entidad; otras desde el principio se manifiesta alarmante y rápida en su marcha, empieza por síntomas generales sin significacion determinada, cefalalgia, escalofrios, tristeza, dolores en los miembros, debilidad, y en seguida se presenta la ictericia; la cefalalgia se hace íntima, sobreviene insomnio y postracion; hay anorexia, sed intensa, vómitos, unas veces extreñimiento y otras diarrea; las deposiciones ya son incoloras, ya biliosas y de olor fétido, presentando las orinas el color azafranado y fetidez, todo debido á la gran cantidad de bílis que contienen y que colorea la vasija.

Despues hay síntomas de más gravedad, dolor en el hipocondrio derecho, que aumenta con la presion, percusion y movimientos; hipo y pulso frecuente; entón-

ces suele observarse que hay hemorragias, ya externas, ya internas; lo más comun epistaxis, alguna vez hematemesis, otras enterorragia, más raro la hematuria.

Por último, llamarán la atencion los síntomas cerebrales, delirio furioso ó taciturno, parálisis parciales, convulsiones ó estado comatoso, y algunos otros de la clase de los ataxo-adinámicos. Fijémonos en que el trastorno en la respiracion, las evacuaciones involuntarias y la frecuencia extraordinaria del pulso, son los síntomas alarmantes que podemos considerar precursores de la muerte.

Curso, duracion y terminacion.—Por lo comun su curso es contínuo, durando de uno á cuatro setenarios, y terminando no pocas veces por muerte, lo que acontece cuando llegan á presentarse los síntomas cerebrales enumerados, y entre ellos damos gran valor de pronóstico fatal al coma.

Diagnóstico.—Como complemento de las reflexiones hechas, remitimos al lector al cuadro correspondiente.

Pronóstico.—Este siempre será grave, y no pocas veces mortal, pues no dejan de presentarse con alguna frecuencia los síntomas cerebrales ya mencionados.

Tratamiento.—Las limonadas, tisanas diuréticas; laxantes si hay extreñimiento, están mejor que los purgantes drásticos, recomendados por los ingleses en ciertas ocasiones; convendrá el emético si hay saburra gástrica, y entónces es preferible la ipecacuana: tienen buen uso ligeros calmantes, como el tridacio y el beleño, asociados al bicarbonato sódico; las aplicaciones de sanguijuelas al ano, exigen suma prudencia; pues no debemos olvidar que en esta enfermedad la sangre adquiere una difluencia extraordinaria: si se presentan hemorragias, si hay postracion, acudamos á los ácidos minerales y tónicos neurosténicos; si hu-

biese accidentes nerviosos, los más enérgicos antiespasmódicos; y siempre procurarémos sostener las fuerzas que tienden á abatirse, con una alimentacion de caldos ligeros, pero nutritivos.

CAPÍTULO XLI.

Enfermedades del bazo.

Exploracion.—Recordemos al hacer la exploracion del bazo, algunas particularidades que se refieren á su estado normal. Situado inmediatamente debajo del diafragma, al lado izquierdo de la columna vertebral, atrás y hácia adentro de la gran extremidad del estómago, correspondiendo á la parte interna del cólon descendente y de los intestinos delgados, tenemos que apreciar sus alteraciones en distintos estados patológicos por medio de la palpacion y de la percusion.

Estos dos procederes exploratorios nos indicarán su extension, su forma, la densidad que tenga y su grado de sensibilidad.

Examinarémos primero si hay presencia de algun líquido derramado en el lado izquierdo del pecho ó en el peritoneo, pues esto puede influir en las apreciaciones que hemos de sacar de la palpacion y percusion. Fijémonos además en la coloracion del vientre, pues muchos opinan que las afecciones del bazo motivan una ictericia particular; averigüemos bien las condiciones de los lugares donde haya habitado el individuo, y si ha padecido intermitentes, cuándo, cómo y en qué épocas; todo lo cual es de gran interés para el estudio de las afecciones de este órgano.

CAPÍTULO XLII.

Esplenitis.

Es innegable que existe la inflamacion del tejido del bazo, constituyendo por sí una enfermedad especial; las infiltraciones de pus, la formacion de abscesos, y las señales manifiestas de lo que se llama inflamacion, nos prueba la existencia de la enfermedad, por más que en el mayor número de casos, lo que se observe sea la esplenitis crónica, precedida casi siempre de fiebres intermitentes.

Estado agudo: Bien haya existido alguna violencia exterior, ó propagacion de una flegmasia inmediata, ó aunque no reconozca causa apreciable, señala su invasion, escalofrios seguidos de calor, y luego de sudores abundantes. No tardan en presentarse náuseas, vómitos, sensacion de peso, y á veces dolor en el hipocondrio izquierdo, elevacion en este punto, sed, orinas claras primero, despues con sedimento lactericio y fiebre contínua ó remitente. Cuando el caso se agrava, sobrevienen desórdenes febriles, meteorismo, hipo, diarrea, agitacion, delirio, y un colapsus cada vez más profundo, hasta que termina la afeccion por la muerte.

Estado crónico: Ordinariamente sucede al estado agudo, ó es el que de un modo lento se desarrolla en los individuos que han padecido fiebres intermitentes.

Diagnóstico.—Es enfermedad que puede inducir á dudas con otros estados patológicos.

Si hay carencia de síntomas locales ó son casi nulos, y la fiebre se repite por accesos, pasa desapercibida la

esplenitis. Si la inflamacion ó el infarto ocupa sólo la parte superior de la víscera, elevando ésta el diafragma, hay disnea y opresion; si esto coincide con dolor, podemos creer en la existencia de una pleuritis con derrame, tanto más si la respiracion es nula en la base del pecho, y el sonido se reemplaza por el macizo.

Fijándonos en el carácter del dolor y del pulso, distinguirémos esta enfermedad de la peritonitis que pudiera simular; sobre todo las dudas serán grandes, si se trata de peritonitis parcial.

En la nefritis, si bien el dolor es más profundo y la orina se altera en calidad y cantidad, debemos fijarnos en los antecedentes para no caer en error.

No es tan fácil que tal cosa suceda en el lumbago, porque entónces el dolor es más superficial, se exacerba con los movimientos é impide la locomocion.

Curso, duracion y terminacion.—El de la esplenitis aguda es rápido; el de la crónica lento y duradero; aquella termina por resolucion y algunas veces por supuracion, que se anuncia por escalofrios, sudores, demacracion y fiebre característica. La crónica por induracion, degeneracion diversa en el tejido del bazo, como hipertrofia, atrofia, reblandecimiento, etc., que motivan trastornos de más ó ménos importancia.

Pronóstico.—El de la forma aguda es grave, tanto más si se declara la ascitis ó el anasarca, indicios ciertos de los obstáculos que opone á la circulacion el estado del bazo: si los síntomas indican la terminacion por supuracion, entónces llega el pronóstico *ad summum* de gravedad, á pesar de los ejemplos que citan los autores de curacion de abscesos esplénicos.

Tratamiento.—Si la fiebre que acompaña á la esplenitis aguda es contínua, se emplearán los antiflogísticos y emolientes, sangrías, sanguijuelas, dieta, etc.; pero si

fuese remitente ó intermitente, agréguese el uso de la quinina, que produce felices resultados; pues no debemos olvidar que esta afeccion en su curso, y tal vez en su naturaleza, tiene muchos puntos de semejanza con las fiebres perniciosas.

En la esplenitis crónica, recúrrase á la quina y sus preparados; uniendo además este medicamento á los ferruginosos se obtiene buen efecto, y la fórmula más conveniente es la del carbonato de hierro, á la dósis de 6 á 8 granos (30 á 40 centígramos), asociado á igual cantidad de sulfato de quinina; y otras veces el preparado ferruginoso, á la dósis dicha, con una dracma de polvos de quina calisaya, da mejor resultado. A esto podemos agregar los desostruentes, resolutivos al interior y al exterior, cambio de aguas y lugares; y áun será oportuno si la afeccion se resiste á lo ya consignado y no hay cosa que lo contraindique, recurrir al uso del ácido arsenioso, á dósis refractas pero continuadas.

Pudiéramos hablar en este lugar de la *leucocitemia* y de la *melanemia*, en razon á que en muchos casos dependen éstas de una enfermedad del bazo; pero como quiera que hay otros en los que no puede referirse la alteracion de la sangre en estas enfermedades á una afeccion propia del bazo, nos ocuparemos de ellas cuando hablemos de las afecciones de la sangre, que con otros distintos estados morbosos, constituyen la interesante y última seccion de esta obra.

CAPÍTULO XLIII.

Degeneraciones y determinados afectos crónicos del bazo.

La circunstancia de estar profundamente situado este órgano, hace que esté protegido de la influencia de los agentes exteriores; pero en cambio las partes inmediatas á él, como el estómago, hígado, riñon izquierdo y cólon, por sus relaciones de contigüidad, ejercen en él una influencia bastante notable; mas lo que principalmente obra sobre el bazo es la sangre, ya por su cantidad, estando su curso interrumpido, ya porque estén alteradas sus cualidades; de aquí que, aunque ligeramente, debamos conocer esas alteraciones por el interés clínico que encierran.

Hiperemia.—Esta alteracion la constituye el contener el bazo una cantidad excesiva de sangre, respecto á la que le corresponde en estado normal; su peso y su volúmen están aumentados; adquiere su parénquima un color casi negro, y su membrana fibrosa una tension pronunciada.

Este estado lo ocasiona unas veces obstáculos á la circulacion; otras una fluxion activa, siendo no pocas sus causas desconocidas.

Hipertrofia.—La caracteriza un aumento en la sustancia y volúmen del órgano, sin alterar su condicion

íntima. La hipertrofia va acompañada generalmente de la hiperemia, y se presenta despues de haberse padecido fiebres intermitentes más ó ménos rebeldes.

Atrofia.—Ménos frecuente esta alteracion, consiste en una notable reduccion en el volúmen del bazo, y no sólo está disminuido en peso, sino muy perdido el color. Esta alteracion no determina al parecer síntoma importante, pero acompaña á otras, como adherencias antiguas, osificacion, etc.

Reblandecimiento.—No es ménos frecuente que la hiperemia, con quien suele asociarse; alguna vez acompaña á la atrofia. Esta alteracion presenta diversos grados, desde la más leve disminucion de consistencia, hasta casi la liquefaccion. Encontramos el reblandecimiento en la fiebre tifoidea y puerperal, reabsorcion purulenta, escorbuto, intermitentes perniciosas, etc.

Induracion.—En este caso se encuentra el bazo compacto, resiste á la presion, cortado su tejido es análogo al del hígado, está seco y no da sangre. Aunque este estado y el de reblandecimiento se ha atribuido á la alteracion de la sangre, parece más racional considerarlo dependiente de una flegmasia crónica del mismo órgano.

Además de estas alteraciones del bazo, hay algunas otras de ménos interés, pero tambien suelen constituir lesiones complejas, y por eso hacemos algunas reflexiones en este capítulo sobre la alteracion que sigue.

Infarto del bazo.—Comprendemos bajo esta denominacion, aquellas lesiones anatómicas que tienen por carácter una hiperemia, asociada ya al reblandecimiento, ya á la hipertrofia, ó á la induracion; lesiones que designan los autores con los nombres de tumor del bazo, obstrucciones, escirro, etc.

Los infartos del bazo más sencillos son los producidos por la hiperemia y por el reblandecimiento: éstos se presentan en el escorbuto y fiebres tifoidea y perniciosa: cuando resulta el infarto de la hipertrofia y de la induracion, si bien tiene una marcha lenta, llega á adquirir extraordinario volúmen, y son los que más sobrevienen despues de haber sufrido intermitentes.

Los síntomas del infarto esplénico pueden ser locales y generales: entre los primeros podemos mencionar dolor ó sensacion vaga de incomodidad en el hipocondrio izquierdo, pocas veces vivo ni agudo, pues ya sabemos que el bazo disfruta de poca sensibilidad; hay aumento perceptible, á veces á la simple vista por lo considerable, y otras por la palpacion y percusion: tambien se notan otros síntomas, como náuseas, vómitos, opresion, edema y áun ascitis, los cuales dependen de la compresion del estómago, y de los obstáculos que el órgano opone á los movimientos del diafragma, ó á la circulacion, etc.: entre los síntomas generales, podemos decir que las afecciones del bazo van á veces acompañadas de fiebre sintomática, y tambien podemos señalar la ictericia esplénica, aunque no esté bien comprobada su presencia en todas las lesiones del bazo, ó sólo cuando ésta ha sido precedida de intermitentes.

El diagnóstico de las lesiones del bazo es obscuro, pues siendo sus funciones desconocidas, y casi siempre las causas que las originan ocultas, forzosamente tiene que ofrecer grandes dificultades el establecer éste con toda aquella precision que seria de desear.

El pronóstico rara vez es grave, al ménos desde el principio; pero téngase en cuenta que tales padecimientos crónicos perjudican mucho, por los obstáculos que llegan á oponer á las funciones de los demás órganos, principalmente á la digestion, y esto al cabo trae como consecuencia precisa, la falta de nutricion que lentamente conduce á estos enfermos al marasmo.

Por lo que hace al tratamiento, lo que podemos deducir del conocimiento de las causas, y lo que nos demuestre la exploracion sobre el estado del órgano, será lo que nos marque la línea de conducta que debe seguirse. Convengamos en que el específico de las intermitentes ejerce gran poder en varios estados morbosos del bazo, y esta circunstancia favorece á los que opinan que estas fiebres son efecto de las lesiones del referido órgano.

CAPÍTULO XLIV.

Enfermedades del páncreas.

Exploracion.—Teniendo en cuenta las relaciones del páncreas, comprenderémos no es fácil hacer la exploracion de dicho órgano, que por otra parte no ofrece gran interés, pues sus enfermedades son limitadas. Esta glándula, que segrega un líquido análogo á la saliva, está colocada en la parte posterior de la region epigástrica, correspondiendo á la última vértebra del dorso, debajo del estómago, en el espacio posterior del mesocólon transverso, entre la segunda porcion del duódeno y la extremidad inferior del bazo: su estructura tiene mucha analogía con la de las glándulas sali-

vales. Es el órgano que preside la digestion de las materias que han pasado intactas por el estómago; tambien ejerce la funcion de emulsionar, con el jugo que segrega, las materias crasas de los alimentos, quedando aptos para ser absorbidos por el intestino.

La perturbacion de este último hecho fisiológico, y la manera como se verifica la secrecion del jugo pancreático, son las particularidades de más interés para apreciar las enfermedades de esta glándula, por lo que dirigirémos la exploracion á indagar los trastornos digestivos que pueda haber, y que sean originados por la inflamacion del páncreas, por los vicios de secrecion ó por ciertas degeneraciones del mismo; que es cuanto constituye la patología de dicho órgano.

CAPÍTULO XLV.

Pancreatitis.

Definicion.—Es la inflamacion del páncreas: puede ser aguda y crónica; unas veces es idiopática, otras consecutiva á determinados padecimientos, y alguna vez sintomática de la inflamacion de las glándulas salivales.

Causas.—Difíciles de apreciar las que puedan dar lugar á esta rara enfermedad, se cree que por propagacion de alguna flegmasia de órgano inmediato, como el estómago, hígado, duódeno, etc., puede desarrollarse, y además el traumatismo suele ocasionar la forma aguda.

Sintomatología.—*Forma aguda:* Dolor hácia la parte posterior de la region epigástrica, al principio

obtuso, que llega á hacerse intenso y áun pungitivo; aumenta cuando está lleno el estómago, cuando se hace una inspiracion fuerte, ó se adopta el decúbito dorsal ó lateral izquierdo. En el mayor número de casos, parece acompañar al dolor un calor incómodo hácia el epigástrio, y diarrea más ó ménos abundante: cuando la inflamacion de este órgano es simpática de la de las glándulas salivales, parece existir equilibrio entre la secrecion salival y la pancreática: si hay mucha secrecion de saliva, disminuyen los síntomas de pancreatitis y se presenta extreñimiento: si la secrecion salival es escasa, no sólo relucen los síntomas de inflamacion del páncreas, sino que hay diarrea, primero biliosa y acuosa más tarde, cuyo aspecto se asemeja al de la saliva.

La ictericia que se presenta muchas veces, se explica por la compresion que el órgano pancreático ejerce sobre el conducto biliar; así como comprimida en algunos casos la vena cava y la porta ventral, se presenta edema en los miembros inferiores y áun derrame en el vientre; aumento de calor y aceleracion de pulso, forman el cuadro sintomático de esta afeccion.

Forma crónica: No de una manera tan marcada hallamos los síntomas, si bien se presentan la mayoría de los de la aguda; pero sí se ha creido encontrar en la pancreatitis crónica un tumor más ó ménos limitado. Por las mañanas hay vómitos, de líquido semejante á la saliva con mucosidades, y comunmente diarrea de humor claro de carácter salival; gran valor se ha dado al síntoma de pirosis y de abundante salivacion, que se presenta en esta forma de la enfermedad; pero áun nada puede decirse respecto al que efectivamente tenga, por su influencia en los trastornos principales que se pueden observar.

Curso, duracion y terminacion.—Por lo comun el curso está sujeto á la causa que pueda haber producido la pancreatitis, y como otras afecciones de órganos próximos es lo que generalmente la motiva, está supeditada al desarrollo de ella, por lo cual su duracion es variable; termina unas veces por resolucion, mediante un copioso sudor ó una abundante diarrea; otras por supuracion, y hay observaciones de haber terminado por gangrena.

Pronóstico.—Es distinto, segun termina por resolucion ó por supuracion, pero al cabo reservado.

Tratamiento.—Este consiste en emplear aquellos medios capaces de combatir toda flegmasia, tales como evacuaciones sanguíneas, dando la preferencia á las locales, y consultando siempre el estado de los pacientes y el del pulso: se usan fomentos, cataplasmas, unturas y baños, y al interior diluentes: no olvidemos que la resolucion puede obtenerse por el sudor, y por tanto los sudoríficos al principio están muy indicados, como igualmente lo están los revulsivos á la piel, siempre que sospechemos que la afeccion pasa al estado crónico, ó que hay tendencia á terminar por supuracion, en cuyo caso tambien aconsejarémos el uso de los ácidos minerales, como la limonada sulfúrica, y el de los tónicos neurosténicos, cerveza, vino, etc., si el curso de la enfermedad es el crónico.

CAPÍTULO XLVI.

Vicios de secrecion pancreática.

La secrecion del páncreas puede aumentarse consi-

derablemente, y entónces hay deyecciones abundantes, á las que distinguen los autores con el nombre de *flujo*.

Es innegable que el páncreas, como las glándulas salivales, en casos dados, puede suministrar una cantidad mayor que en estado normal; pero no hay razon bastante para atribuir al páncreas esos flujos abdominales, que tambien pueden producirlos el aparato folicular de los intestinos.

Suponen algunos autores, que el líquido segregado por el páncreas cuando se hace abundante, adquiere cualidades irritantes. Ya hemos dicho que algunos dan gran importancia á la pirosis que se presenta en la pancreatitis, y si coincide con la presencia de este síntoma la superabundancia de jugo pancreático, entónces es cuando los individuos vomitan por las mañanas un líquido de apariencia salival, acre, excitante y á veces cáustico. Pero, sin embargo, la historia de los jugos pancreáticos es aún muy obscura, y se necesitan numerosas observaciones, para asignar verdadero valor patológico á las afecciones que pueden dimanar de los vicios de secrecion de este órgano.

CAPÍTULO XLVII.

Degeneraciones y otras afecciones crónicas del páncreas.

La *hipertrofia*, ó sea el aumento de volúmen sin alteracion en la estructura del páncreas, es rara. No faltan autores que aseguren que cuando la hipertrofia existe, debe considerarse como el primer paso para el escirro, y es de suponer que los pocos casos de que ha-

blan, más bien que estados hipertróficos, sean una degeneracion escirrosa.

La *atrofia* sí es más comun; el páncreas, como las glándulas de la saliva y otros órganos, se reduce con la edad, y en ocasiones casi desaparece por completo.

El *reblandecimiento* es una alteracion que se presenta no pocas veces en este órgano, en los escorbúticos y escrofulosos, dando lugar á alteraciones digestivas, dignas de estudio y de minuciosas observaciones.

La *induracion* es otra degeneracion del páncreas, pero no siempre le ataca en totalidad; algunos autores dicen que esta degeneracion puede considerarse como el primer grado del escirro; pero la experiencia no nos ha confirmado esto; ántes al contrario, aseguran muchos prácticos que la induracion nunca conduce á la degeneracion escirrosa. Morgagni nos cita algun caso de induracion cartilaginosa, y de presencia de quistes en el páncreas; y Dupuytren refiere una observacion, en que este órgano fué transformado en tejido grasiento.

La *materia tuberculosa* sí es una alteracion del páncreas conocida desde la antigüedad; se han encontrado tubérculos en este órgano en sus distintos períodos, y en individuos raquíticos ó escrofulosos; algunos autores conocen esta alteracion, y la describen con el nombre de *tisis pancreática*.

La *melanosis* es alteracion del páncreas ménos conocida. Haller asegura haber visto todos los órganos del abdómen invadidos de la melanosis: Gohier dice haberla encontrado en el páncreas; y Mackencie observó la melanosis en un individuo, que sucumbió de degeneracion melánica del globo ocular.

El *escirro* es la degeneracion más estudiada por los autores; pero es difícil de diagnosticar, pues casi siempre el único síntoma que se presenta es vómito pertinaz y repetido. Preciso es fijarse en la carencia de los síntomas propios del cáncer de estómago, para sospechar la existencia del escirro del páncreas. El diagnóstico se aclara, si esto coincide con un tialismo abundante y deyecciones salivales.

Muy diversos serán los efectos producidos por el escirro del páncreas, pues dependen de la compresion que ejerza sobre tal ó cual órgano. Si es sobre el píloro, hay vómitos pertinaces; si la compresion se efectúa sobre la parte inferior del duódeno, no pasa la bílis á los intestinos y se vomita con los alimentos; si comprime el conducto colédoco, se manifiesta ictericia.

Completemos este capítulo con algunas reflexiones acerca de las causas, síntomas y tratamiento de las afecciones crónicas del páncreas.

Causas.—Entre las más notables, señalemos el abuso de los mercuriales y el del tabaco; el uso inmoderado de los alcohólicos y purgantes; las afecciones flegmásicas del estómago y duódeno. Hay otras causas más obscuras, entre ellas el abuso de la quina, la metastasis reumática y variolosa, los cálculos pancreáticos, etc.

Síntomas.—Difíciles de apreciar las afecciones del páncreas, á más de los desórdenes digestivos que son comunes á todas ellas, tratándose de afecciones crónicas, debemos fijarnos en los dolores epigástricos con sensacion de calor, los cuales se reproducen con intervalos, provocando eructos de una materia ácida ó insípida; la salivacion es síntoma frecuente en las enfermedades agudas y crónicas de este órgano, como el extreñimiento ó diarrea, alternando vómitos que se manifiestan desde que el mal hace progresos, y son tenaces y constantes: en ocasiones es apreciable la tumefaccion del órgano; la ictericia es síntoma de afeccion pancreática, pero su presencia y relacion con los demás signos debe fijar la atencion del práctico; la emaciacion general suele ir acompañada de verdadera anemia: este enflaquecimiento general que se presenta en el último período de las más de las enfermedades del páncreas, debemos atribuirlo á las malas quimificaciones, por falta ó alteracion del jugo pancreático.

Tratamiento.—Hoffman dice que en las afecciones de esta víscera, sólo debe emplearse un régimen dietético. Otros, reconociendo la poca eficacia de los medicamentos, se contentan con aconsejar un régimen vegetal y lácteo, y muchos usan diferentes medios para combatir los síntomas más graves y notables.

Combátase el dolor, si relucen los síntomas flegmásicos, con sanguijuelas, fomentos y cataplasmas emolientes y anodinas; empléense los baños templados, y cuando este molesto síntoma venga acompañado de calor general y frecuencia con dureza y plenitud de pulso, puede ser provechosa la sangría, con la debida prudencia: si hubiera extreñimiento, úsense enemas ó purgantes de la clase de los minorativos; si diarrea, indicados están los opiados; si los vómitos son pertinaces,

podemos recurrir á los antieméticos y antiespasmódicos. Utilidad reconocida tienen las aguas minerales fundentes, los preparados antimoniales y yodados, usados éstos en dósis refractas ascendentes y continuadas, pero estudiando bien su accion sobre las vias digestivas: el mercurio dulce es un medicamento alterante, que ejerce una accion especial sobre el páncreas, como sobre las glándulas salivales, por lo que podemos usarlo siempre que la diarrea ó la salivacion no lo contraindiquen. Ocasiones hay en que se debe sostener una revulsion enérgica, y entónces tenemos que aplicar moxas, cauterio y áun recurrir al sedal.

Por lo que hace á la alimentacion á que deben sujetarse estos enfermos, fácil es comprender que además de proscribirles las sustancias indigestas, excitantes, etc., sólo se les aconsejará aquellos alimentos y bebidas que ménos repugne su estómago, y que sean digeribles, sencillas en su preparacion y no escasas en principio nutritivo.

CAPÍTULO XLVIII.

Enfermedades del peritoneo.

Exploracion.—Para poder apreciar debidamente las enfermedades del peritoneo, debe reconocerse el estado del abdómen, valiéndonos para ello no sólo de la palpacion y percusion, sino tambien de la medicion y auscultacion.

La aplicacion de la mano puede servirnos para conocer el grado de sensibilidad, el volúmen del vientre, su forma y consistencia; además comprenderémos si hay derrame de líquido en la cavidad peritoneal, como

tambien si existen abscesos subyacentes, de orígen profundo.

La percusion nos confirmará los datos que obtengamos por la palpacion, segun los distintos sonidos que lleguemos á apreciar.

Por la medicion, verémos las diferencias que existen en el volúmen del vientre, ya considerado en general, ya en puntos determinados; reconocerémos los cambios de forma, y cuanto puede ilustrarnos este medio exploratorio.

Aunque poco puesta en uso la auscultacion, nos servirá para comprobar la existencia del ruido que la frotacion produce en la peritonitis, y tanto por ésta como por la palpacion y percusion, llegarémos á convencernos de la existencia de esta enfermedad.

Mas como quiera que no sólo el peritoneo es asiento de una flegmasia y de un derrame, sino que lo es de otras alteraciones que pueden existir en su cavidad ó fuera de la serosa, necesitamos en muchos casos hacer una exploracion detallada, pues es el único modo de adquirir el conocimiento de si existe derrame de líquido, producciones más ó ménos sólidas, cuerpos extraños ó tumores en su cavidad; así como fuera del peritoneo, podemos encontrar abscesos, quistes, productos morbosos variables, tubérculos, cánceres, etc.

CAPÍTULO XLIX.

Peritonitis.

Definicion.—Es la inflamacion del peritoneo.

Etiología.—Se presenta alguna vez de un modo

espontáneo; no pocas veces reconoce por causa la influencia del frio, sobre todo la supresion de la traspiracion, pero es más frecuente que la peritonitis sea secundaria, presentándose como consecuencia de heridas, perforaciones de los órganos que cubre, y áun por propagacion de flegmasia de un órgano adyacente.

Anatomía patológica.—Rubicundez obscura en forma de bandas, exudacion ténue poco perceptible de materia plástica, que establece adherencias peritoneales, son las primeras lesiones que se encuentran en la forma aguda. Si el epiploon está inflamado, se nota rojizo, aumentado y con granulaciones: hay líquido purulento, las más veces sero-purulento, y en él sobrenadan falsas membranas amarillentas.

Cuando la peritonitis fuese producida por una perforacion, el líquido estará mezclado con sangre, materias quilosas ó fecales, bílis, orina, etc.

El tejido celular y adiposo subperitoneal y mesentérico, como igualmente los gánglios, se encuentran no sólo inflamados sino tambien infiltrados de pus.

En la forma crónica, verémos participar á la flegmasia, en casi todos los casos, de la naturaleza tuberculosa. Las vísceras y las asas intestinales se aglomeran, formando una masa, que se adhiere á la pared del abdómen; las falsas membranas, que son tupidas, obscuras, ó mejor con puntos negros, las cubren por todas partes: los intestinos están retraidos y disminuidos, en su superficie suele haber pequeñas manchas, formadas por materia purulenta concreta, pero muy distintas de las granulaciones tuberculosas. Si hay algun líquido en el peritoneo, es sero-albuminoso, obscuro, rara vez pus; las más veces no hay líquido derramado.

Síntomas.—Caracteriza esta enfermedad un violento escalofrio seguido de intenso dolor pungitivo y la-

cinante, que presentado en un punto se propaga á todo el vientre, aumenta á la presion con los movimientos, en el acto de la respiracion, é impide soporten los enfermos la cubierta de la cama; esto motiva que el decúbito sea dorsal, y las piernas estén en flexion, dobladas sobre los muslos, y éstos sobre la pélvis. La fisonomía es expresiva de sufrimiento y dolor; hay náuseas, vómitos frecuentemente biliosos é hipo; el vientre se encuentra tenso y abultado, produce un sonido por la percusion claro al principio, despues obscuro en las partes declives, por el derrame que hay de serosidad. A esto se agrega anorexia, sed intensa, dificultad de orinar, extreñimiento; por la auscultacion y áun por la aplicacion de la mano, sensacion de crujido ó ruido de roce análogo al pleurítico; se nota sequedad de la piel, pulso pequeño, frecuente y duro al principio, sustituyendo al final la debilidad á la dureza, y presentándose agitacion, delirio, enfriamiento, postracion y coma.

Curso, duracion y terminacion.—La peritonitis puede estar localizada en un punto, y se llama *parcial*, entónces los síntomas son escasos y poco intensos; el curso es largo relativamente, y la terminacion es favorable: otras veces la peritonitis es *general*, dura de 24 horas á siete dias, y su fin en la mayoría de casos es mortal, teniendo igual término cuando la peritonitis es por perforacion.

Diagnóstico.—El reumatismo abdominal puede ser intenso, estar acompañado de fiebre y de síntomas gástricos, y en este caso alguna duda ofrece el diagnóstico; necesario es tener en cuenta para evitar el error, que en el reumatismo aumenta extraordinamente el dolor cuando se sienta el enfermo, y que por lo comun se limita á atacar los músculos de un sólo lado; y que si

bien por la presion aumenta como en la peritonitis, si se hace la presion profunda, disminuye el dolor en el reumatismo abdominal, exasperándose en la peritonitis.

La neuralgia abdominal con fiebre y vómitos puede motivar alguna duda, fijémonos bien en los focos ó puntos dolorosos por la presion, ya en la columna vertebral, ya en la línea blanca, donde generalmente existen aislados y más pronunciados en un lado que en otro, y de ese modo disiparémos la incertidumbre.

La enteralgia se diferenciará siempre porque el dolor, si bien intenso, se mitiga con la presion, y además no hay fiebre.

Con la enteritis, hepatitis, etc., es ménos confundible, porque en estas afecciones el dolor siempre es superficial, ménos vivo, y hay un cortejo de síntomas que aclaran las dificultades.

Pronóstico.—Cuando ménos reservado por su gravedad, pues fuera de aquellos casos en que se trate de una peritonitis parcial, ó sea ésta poco intensa, debemos tener en cuenta que la terminacion es mortal, en la gran mayoría de ellos.

Tratamiento.—Este lo constituye evacuaciones sanguíneas locales en distintos puntos del vientre, en ciertas ocasiones sangrías, estudiando bien las condiciones de los pacientes, fomentos, cataplasmas y enemas emolientes, baños templados y tisanas atemperantes, diuréticas y demulcentes: si á pesar de todo, la inflamacion hace progresos, se recomiendan las fricciones con el ungüento napolitano, al interior calomelanos á dósis refractas y repetidas, hasta provocar la salivacion.

Niemeyer rechaza las sangrías y el uso de los mercuriales, y aconseja el ópio y el agua fria interiormente, y al exterior compresas empapadas en el mismo

líquido, y evacuaciones locales de sangre, repetidas cuando el caso lo exija por su agudeza, ó condiciones de robustez de los enfermos.

En vista de lo dicho y de cuánto se ha consignado en el tratamiento de esta enfermedad, creemos que no es la práctica más admitida hoy, la que estriba en el uso de las sangrías, calomelanos al interior y fricciones con el ungüento mercurial; sino que los mejores resultados se obtienen con las evacuaciones locales, baños templados, ópio en dósis cortas y repetidas, nieve interiormente para combatir la sed y los vómitos, ligeros laxantes, y aplicaciones frias al vientre cuando los enfermos pueden soportarlas; por lo demás, no podemos decir que sean satisfactorios los resultados que se obtengan con la administracion del aceite esencial de trementina, muy recomendado el uso de este medicamento por los Médicos ingleses, para combatir el meteorismo, causa principal de la disnea que aqueja á estos enfermos; pues en los casos empleados no hemos podido llegar á comprobar su decantado éxito.

La peritonitis crónica sucede muchas veces á la aguda, más en la mayoría de casos va unida á la diatesis tuberculosa ó escrofulosa.

Enfermedad frecuente en los niños, se manifiestan con una escrofulosis intestinal y mesentérica, procesos inflamatorios del peritoneo, que invaden por lo general de un modo lento; hay dolor sordo y profundo con exacerbaciones, principalmente durante la digestion; alterna el extreñimiento con la diarrea; hay vómitos verdosos y porráceos; en ocasiones no hay fiebre, otras veces existe con caractéres de héctica; el vientre se deprime, por la palpacion hay pastosidad, dureza y resistencia; y cuando la enfermedad progresa, anuncia la próxima terminacion, que siempre es mortal, la diar-

rea contínua, el mayor enflaquecimiento y el edema en los extremos inferiores.

Es indispensable en esta afeccion sostener las fuerzas mediante un régimen suave y reparador; los vómitos se combatirán con la pocion antiemética de Riverio y la nieve; la diarrea con mucilaginosos y opiados. Antes que la enfermedad haya hecho progresos, están muy indicados, por los buenos efectos que producen, los baños sulfurosos y alcalinos. Los resolutivos como las pomadas yodadas y áun el yodo en tintura, aplicado á las paredes del abdómen, producen un efecto revulsivo muy aceptable, y en casos raros si el derrame es muy considerable, puede recurrirse á la paracentesis, completando este tratamiento con el uso interno de preparados ferruginosos ó yodados, segun la diatesis que caracterice á estos enfermos, que deben someterse á una sana y nutritiva alimentacion.

CAPÍTULO L.

Ascitis.

Sinonimia.—Hidropesía del peritoneo.

Definicion.—Es la hinchazon del vientre, producida por el derrame de líquido en la cavidad peritoneal.

Etiología.—Cuando la ascitis es idiopática, que es lo ménos frecuente, se debe á un súbito enfriamiento, á la supresion brusca de un flujo habitual, al abuso de fuertes purgantes, ó á violencias exteriores; el carácter que entónces tiene la enfermedad es *esténico*, revistiendo el *asténico* cuando la produce la mala alimentacion, ó la permanencia en sitios húmedos ó poco aireados.

En el mayor número de casos, es sintomática de distintos padecimientos; unas veces es síntoma parcial de una hidropesía general; otras puede una enfermedad del pulmon ó del corazon, interrumpir el flujo de la sangre venosa; tambien una degeneracion de los riñones, bazo, etc., dando lugar á un empobrecimiento de la sangre, hará se efectúen derrames hidrópicos en el tejido celular de las extremidades, cara, etc., y luego se manifestará en el vientre; asimismo se observará como consecuencia de una estancacion sanguínea en los vasos peritonales, y no pocas veces complica la ascitis á ciertas degeneraciones extensas del peritoneo, como neoplasmas tuberculosos y carcinomatosos.

Anatomía patológica.—Lo comun es que la serosidad derramada en el abdómen sea en gran cantidad, transparente, de color claro amarillo-anaranjado, que se hace espumosa si se agita, y suele tener alguna consistencia; sin embargo, copos albuminosos sobrenadan en ocasiones, y un tinte pardusco y olor fétido podremos alguna vez hallar.

Tan sólo cuando el derrame fuere antiguo, encontrarémos aspecto blanco opalino en el peritoneo, sin lesion esencial ostensible.

Los órganos del vientre sí estarán rechazados hácia arriba, los músculos flácidos, y los anillos fibrosos visiblemente dilatados.

Síntomas.—Generalmente el derrame es lento y gradual; cuando la distension es grande, la piel está tersa, lustrosa y sin color particular si el derrame ha sido rápido; el color será blanco y la piel edematosa si ha sido paulatino; las venas que serpean por las paredes del abdómen están dilatadas. La percusion al nivel del epigastrio dará un sonido claro, y macizo en los sitios á que corresponda el derrame. Cuando éste

es considerable, sobrevienen síntomas secundarios, digestiones penosas, inapetencia, náuseas, vómitos, sed, extreñimiento y desarrollo de gases; como consecuencia de la elevacion del diafragma, disnea más considerable en el decúbito dorsal; la compresion que sufren los riñones y uréteres, da lugar á que muchas veces esté la secrecion urinaria disminuida: la cara ya estará demacrada, ya podrá estar abotagada; y los resultados de la palpacion y de la percusion, serán los datos de más estima para el conocimiento de esta enfermedad.

Curso, duracion y terminacion.—Todo ello puede variar, ya sea la ascitis idiopática ó sintomática, segun la causa que la motive y la enfermedad que la sostenga; sin embargo, es lo más comun sea larga la duracion y mortal su término.

Diagnóstico.—Várias son las enfermedades que pueden simular una hidropesía ascitis; entre otras hay la del ovario; en ésta se observa la tumefaccion y fluctuacion, pero el sonido macizo que se obtiene por la percusion, se presenta del lado del ovario afecto, y no cambia cualquiera que sea el decúbito que tome el enfermo.

El aumento de volúmen en la matriz, la distension de la vejiga por la orina, pueden dar lugar á un aumento parcial del vientre; pero en aquellos casos la fluctuacion es más obscura, el órgano se limita; por la percusion se distinguirá fácilmente la timpanitis, como la presencia de tumores, quistes hidatídicos, etc.

Pronóstico.—Siempre lo haremos grave, no por la ascitis, sino por la lesion que la provoca; el carácter de la orina es signo de gran valor diagnóstico; pues si el derrame es producido por alguna enfermedad del hígado, la orina contendrá señales de materias colorantes,

de la bilis y pigmentos anormales; siendo el color normal cuando la ascitis es producida por degeneraciones del peritoneo.

Pero siendo casi constantemente la ascitis sintomática, el pronóstico lo haremos mortal, pues sólo es algo favorable sin dejar de ser reservado, cuando sea esencial.

Tratamiento.—Si la ascitis no es más que una manifestacion de la hidropesía general, producida por una lesion del corazon ó del pulmon, los medios se dirigirán á combatir esas afecciones; si el derrame lo produjese una hidrohemia, sería indispensable mejorar la calidad de la sangre.

La indicacion morbosa reclama la extraccion del líquido que hay en el vientre; si la ascitis resulta de una hidropesía general, se justifica el uso de los diuréticos; pero si depende de una obliteracion de la vena porta, esta prescripcion es inoportuna; no así el uso de purgantes drásticos, muy útiles en uno y otro caso; y por más que la paracentesis sea una operacion exenta de peligro, y el medio mas eficaz para descartar al vientre del líquido que contiene, tengamos en cuenta que es una disolucion de albúmina lo que extraemos, que ese líquido se reemplaza pronto, que la sangre se empobrece y las fuerzas se consumen, siendo el enflaquecimiento mucho más rápido despues de haberse punzado un individuo, razon por la cual recurrirémos á la operacion sólo cuando la disnea sea considerable, ó algun accidente comprometa la vida.

CUADROS SINÓPTICOS DEL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.

ENFERMEDADES DE LA BOCA.

- **Inflamaciones que afectan toda la boca.**
  - 1.º Catarro simple de la mucosa → Estomatitis eritematosa: Aguda. / Crónica.
  - 2.º Inflamacion con exudacion depositada debajo del epitelium → Estomatitis aftosa.
  - 3.º Inflamacion con exudacion fibrinosa depositada en el espesor de la mucosa; mortificacion de ésta y desarrollo de pseudo-membranas → Estomatitis diftérica: Mercurial. / Idiopática. / Estomacace.
  - 4.º Inflamaciones con desarrollo de vexículas ó pústulas que terminan en úlceras → Estomatitis ulcerosa (vexiculosa y pustulosa de los antiguos): 1.º Ulceracion en la punta y bordes linguales. 2.º Úlceras catarrales. 3.º Foliculares. 4.º Herpéticas. 5.º Variolosas.
  - 5.º Inflamacion con desarrollo de pápulas que se ulceran → Estomatitis pápulo-ulcerosa (sifilítica): 1.º Úlceras primitivas. 2.º Idem secundarias. 3.º Condilomas.
  - 6.º Inflamacion con hemorragias pasivas, que causan á veces la mortificacion de la mucosa → Estomatitis hemorrágica: Estados caquécticos. / Escorbuto.
  - 7.º Inflamacion ocasionada por el *oidium albicans* (parásito vegetal) → Muguet.
- **Que afectan sólo las encías** → Gingivitis.
- **Que afectan la lengua** → Glositis: Aguda. / Crónica. / Disecante.
- **Hemorragias** → Hemorragias bucales: Activas. / Pasivas.
- **Gangrena** → Noma ó gangrena de la boca.
- **Inflamacion de los órganos anexos** → Parotiditis: Idiopática (polimorfa). / Sintomática (metastática).

Al frente de la pág. 116 *del* Tomo II.

MUGUET.	ESTOMATITIS DIFTÉRICA.
Comienza en los casos graves por fiebre, eritema inguinal, y astriccion seguida de diarrea verdosa con reaccion ácida.	Ligero movimiento febril.
Si es benigna, sólo hay trastorno febril pasajero.	—
Mucho ardor y rubicundez en la boca, presentándose sobre la mucosa grana puntitos blancos á manera de rocío; puntos en que el microscopio da á conocer el *oidium albicans*, parásito vegetal.	Ménos ardor, poca rubicundez, desarrollándose unas manchas blancas grisáceas que tienden á reunirse: al microscopio no nos presenta parásito alguno.
Los síntomas generales, en casos graves, aumentan, ulcerándose los trocanteres, apófisis isquiáticas, etc.	Los síntomas generales no aumentan demasiado.
La erupcion, ya se presente como puntos ó en forma de placas, al desprenderse deja de un color rojo subido la mucosa, aunque en ocasiones quedan úlceras profundas, sin carácter determinado.	En los casos leves, las pseudo-membranas forman islotes. No así en la forma grave, pues la membrana tapiza por completo la boca, y se desliza por la faringe, esófago, etc.: á su caida quedan úlceras de carácter diftérico, que destruyen con violencia.
La erupcion cede en la mucosa bucal, coincidiendo ya con la curacion, ya con un estado de aplanamiento, que trae la descomposicion y la muerte.	Suelen venir síntomas adinámicos en ciertas circunstancias: bien se quitan de pronto las úlceras diftéricas, y con esto ocurre la curacion, ó persisten dos y tres meses, pudiendo terminar favorable ó desfavorablemente.

ESTOMATITIS AFTOSA.	ESTOMATITIS ULCEROSA.	ESTOMATITIS PÁPULO-ULCEROSA.
Iníciase á veces fiebre, á la que sigue un catarro bucal, con tialismo y olor desagradable.	Su primer período está en relacion con la afeccion productora, pues casi nunca es idiopática.	Coincidiendo con un estado sifilítico, se presenta un catarro crónico de la boca, con frecuencia limitado.
Se presentan manchitas blancas, que simulan vesículas planas, rodeadas de un limbo rojo; pero no dan líquido aunque se les punce.	Vesículas ó pústulas bien detalladas, que se presentan ya con esta forma, ó anunciadas por una mancha pequeña, roja y tumefacta.	Pápulas mucosas que, ó se erosionan dando márgen á úlceras, ó hay en ellas una vegetacion papilar, que causa el condiloma.
Estas elevaciones planas, dejan en su vértice una erosion superficial, y que forma una materia cremosa que se vierte con la saliva.	Las vesículas ó pústulas se rompen, quedando la úlcera que interesa el espesor de las partes blandas, la que no tarda en elaborar serosidad y pus.	Su terminacion se deduce de lo anteriormente dicho.

ESTOMATITIS DIFTÉRICA.	ESTOMATITIS MERCURIAL.
No ha habido tratamiento mercurial.	Lo ha habido.
Chapas pseudo-membranosas, gruesas y adherentes á la mucosa.	Exudacion blanquizca que sale con la saliva, en forma de grumo.
Dientes poco movedizos.	Dientes muy movedizos.

HIPERQUINESIA DEL ESÓFAGO (ESOFAGISMO).	AQUINESIA.	ESTRECHECES NO PRODUCIDAS POR NEUROSIS.
Ocasionada por un aumento de excitabilidad en los nervios motores, y determinada por un afecto cerebral, el alcoholismo, etc.	Se presenta en la agonía, en las parálisis en general y las lesiones cerebrales y medulares.	Determinadas por compresiones, neoplasmas, cicatrices, etc.
Disfagia casi siempre por accesos, complicada con fenómenos convulsivos.	Sobreviene con un estado muy grave; la disfagia no es por constriccion; no hay fenómenos espasmódicos, y los líquidos caen con ruido de glis-glis en el estómago.	Disfagia por compresion, con síntomas contínuos, y reconocida la causa por la sonda esofágica.
La sonda esofágica no encuentra obstáculo en los intervalos, cediendo á veces hasta en el acceso.	La sonda no descubre nada.	—

FARINGITIS AGUDA.	FARINGITIS DIFTÉRICA.	AMIGDALITIS AGUDA.
Las más veces le antecede una fiebre catarral.	Preséntase en el curso de ciertas enfermedades, como la escarlatina, etc.: le anteceden por lo comun síntomas que puedan alarmar.	Se inicia por un estado febril violento, de carácter inflamatorio.
Sequedad de las fáuces, dolores intensos, aumentados en la deglucion, unido á inyeccion en la mucosa, tumefaccion, y á veces infiltracion serosa de los pilares y velo palatino.	Catarro faríngeo más exagerado si ántes existia: coriza con secrecion abundante de un líquido claro é inodoro. La mucosa faríngea muy roja, y placas duras blanco-amarillentas.	Cosquilleo faríngeo, dolores pungitivos, irradiados hasta el oido, deglucion dolorosa y, por último, incompleta, refluyendo las sustancias ingeridas por la nariz. Tialismo, lengua saburral y timbre gangoso de la voz: todo esto ocasionado por la gran tumefaccion de las amígdalas.
Estos síntomas dificultan la deglucion, provocan la sofocacion: viene la asfixia en muchos casos con prontitud.	El estado general no ofrece cuidado, tomando un nuevo aspecto de aquí en adelante.	El estado inflamatorio aumenta, acompañándolo en ocasiones fenómenos cerebrales.
La desarrolla la estomatitis eritematosa; hay mal gusto de boca, lengua saburral, etc. La trompa de Eustaquio se afecta, terminando á veces por rotura del tímpano y salida de pus, experimentando alivio.	—	—

Los síntomas generales se exacerban algo, y al fin termina comunmente por la curacion, desembarazándose de las mucosidades por quintas repetidas de tos.	Sobreviene un carácter pernicioso, las placas en escaras ó úlceras, invaden la boca, la laringe, y tal vez la trompa de Eustaquio. El olor del paciente es cadavérico, se infartan los gánglios, baja la temperatura, el pulso es pequeño y en medio de este cuadro sucumbe por lo regular.	Siguen aumentando los síntomas, hasta el punto de impedir la deglucion y la palabra la gran tumefaccion de las amígdalas. En este estado, ó se disminuye gradualmeute terminando por resolucion, ó en medio de una exacerbacion remiten de momento; y las amígdalas, sujetas á un trabajo de supuracion, exhalan olor fétido.
Es rápido el curso de la afeccion, y su término por lo comun favorable.	La pernicies que se presenta agrava el estado de los enfermos, haciendo rápido el curso de la afeccion y produciendo la muerte.	Aunque algunas veces hay gravedad, pues llega á afectarse el cerebro, sigue la enfermedad su marcha contínua y termina bien.
Reservado será el pronóstico, por las complicaciones que pueden presentarse.	Siempre será reservado el pronóstico, por la fatal terminacion.	Favorable el pronóstico en la mayoría de casos.
El tratamiento será distinto, segun la clase de faringitis que se combata.	La base del tratamiento la constituyen los eméticos, los tónicos y los cateréticos y astringentes.	El método antiflogístico más ó ménos modificado, segun las circunstancias.

GASTRITIS AGUDA.	GASTRALGIA AGUDA.	EMBARAZO GÁSTRICO.
Reconoce por causa el acúmulo de alimentos en el estómago, su difícil digestion, que éstos sean excitantes, etc. Además influye el enfriamiento y otras causas análogas.	Las mujeres histéricas, la cloroanemia, la clorosis, las discrasias, las afecciones cerebrales y medulares, las neuralgias en otras regiones, etc., juegan en la etiología de la gastralgia.	Un exceso en la comida, la mala calidad de ésta, las impresiones morales al hacer la digestion estomacal y otras, figuran como causas.
Existe fiebre alta, calorificacion aumentada y seca, cefalalgia gravativa fronto-occipital; sed, lengua aguzada, roja, seca y con crápula en su mitad posterior; plenitud y dolor en el epigástrio; náuseas, vómitos alimenticios y mucosos con reaccion ácida, á los que siguen materias líquidas de color verdoso.	Súbitamente, ó despues de un momento de opresion, se fija un dolor agudísimo en el epigástrio, que se irradia á la espalda y tórax, acompañado de frialdad, descomposicion de la fisonomía, pulso pequeño y frecuente é irregular, y movimientos convulsivos.	Poco despues de comer, por lo comun, se siente malestar general, desvanecimientos, alguna cefalalgia, plenitud é incomodidad epigástrica, mal gusto de boca, sed, lengua pastosa, eructos ácidos y nidorosos, náuseas, vómitos alimenticios ácidos, y despues biliosos. Suele haber fiebre ligera.
Dura este cuadro por espacio de dos dias á tres, pudiendo terminar de varios modos: 1.º Complicarse los intestinos y venir el cólera nostra, enteritis aguda, de la que nos ocuparémos en su lugar. 2.º Quitarse insidiosamente y provocar una gastritis crónica; y 3.º La completa curacion.	Dura desde algunos minutos hasta media hora, pudiendo terminar de momento por vómitos, expulsion de gases, orinas, etc., ó gradualmente ceden los síntomas, dejando extenuado al enfermo.	Si se trata con cuidado, dura á lo sumo diez á doce horas; pero en caso contrario, puede producir una gastritis aguda, ó interesar los intestinos.

GASTRITIS CRÓNICA.	ÚLCERA CRÓNICA.	GASTRALGIA CRÓNICA	CÁNCER.
Las mismas causas de la aguda, el éxtasis sanguíneo en la vena porta, la tísis y otras lesiones.	El histerismo, la clorosis, las causas deprimentes, los espirituosos, etc.	Las causas de la aguda.	La edad, los espirituosos y otras muchas, reinando una gran confusion en la etiología.
Plenitud, presion y elevacion epigástrica, eructos nidorosos y ácidos, lengua seca y saburral con punta y bordes rojos. Casi no hay sed, anorexia ó gran apetito, náuseas, vómitos que por lo comun son mucosos. Todos estos síntomas se agravan con las comidas.	Sensacion dolorosa en el epigástrio, exacerbada por la presion y acompañada de cardialgia. Esto sucede algunas veces despues de las comidas. Vómitos periódicos despues de la comida. Por lo general, hematemesis, síntoma diagnóstico de esta afeccion.	Accesos con intervalos de reposo. Estos consisten en dolor en el epigástrio, irradiándose al dorso y tórax: mitíganse éstos por la presion y por las comidas.	Á veces la autopsia es quien lo descubre, por no haber desarrollado síntomas. Por lo general, causa dolor lancinante en el epigástrio, pero no cardialgia. Tumor en el epigástrio en ciertos casos; vómitos negruzcos, hematemésicos y puriformes; todos con olor *sui géneris*.
Este cortejo dura algun tiempo, pudiendo curar, aliviar, seguir lo mismo, degenerar en cáncer ó constituir una úlcera.	La marcha es lenta, y puede concluir por la curacion, ó seguir con una demacracion tal, que concluye con la vida del paciente. Si sobreviene la muerte rápida, es por perforacion del estómago, ó por una hematemesis incoercible.	Sigue la afeccion constante, dependiente de la causa productora.	Cada vez más se repiten los vómitos, las hematemesis, viene la caquexia cancerosa y la muerte.

DISPEPSIA ÁCIDA.

Ésta puede depender de muchas causas, las que varían en extremo el tratamiento :

1.ª De una hipersecrecion de jugo gástrico, ya por perversion, ya por excitacion.
2.ª Abusos de sustancias fermentadas, que producen la fermentacion acética.
3.ª Las cantidades de azúcar dependientes de las sustancias amiláceas, el mayor acúmulo de moco, la transformacion en ácido láctico y butírico.

Además hay otras muchas de ménos interés.

DISPEPSIA BULÍMICA.

Por una perversion de la inervacion es por lo que se presenta, siendo concomitante con ciertos estados especiales.

DISPEPSIA FLATULENTA.

Reconoce varias causas :

1.ª La descomposicion de sustancias albuminosas, que da lugar al hidrógeno sulfurado: la fermentacion butírica que produce hidrógeno y ácido carbónico: la acética sólo ácido carbónico.

Existen otras reacciones que dan lugar á desprendimiento de gases.

2.ª En ciertas condiciones se cree que la formacion de gases es producida por una perversion secretoria gastro-intestinal.

GASTRORRAGIA Ó HEMATEMESIS.	HEMOTISIS.	EPISTAXIS.
PRÓDROMOS.	PRÓDROMOS.	PRÓDROMOS.
Iníciase por ardor en la region epigástrica, comunicado á la garganta, y á veces gusto á sangre. Abombamiento en dicha region, con calor al tacto.	Alguna disnea, estertor como mucoso en la tráquea, y ligera tosecilla.	Pesadez frontal con alguna cefalalgia en los senos, desvanecimientos y picor nasal en ocasiones.
Sangre arrojada.—Por lo comun es obscura, mezclada con alimentos, coágulo sin aire, y á veces de reaccion ácida. Suele ser la sangre cuando procede de la rotura próxima de un vaso arterial, roja y espumosa.	Ordinariamente es clara, roja, espumosa, mezclada con mucosidades, con coágulos aireados y reaccion alcalina constante. Al final pueden arrojar los enfermos coágulos negruzcos.	Roja, poco espumosa, ménos aireada que la anterior, con moco y reaccion alcalina.
Lo primero es el vómito, y á esto sigue la tos seca, penosa y fuerte, como de impresionar la laringe algun cuerpo extraño.	Lo primero es la tos, que es ligera, poco profunda y acompañada de gran estertor, y á ésta siguen los vómitos.	Lo primero es la salida de sangre por la abertura anterior de las fosas nasales; pero si viene la tos ántes, el enfermo siente con claridad caer á gotas un líquido en las fáuces. El vómito es lo último en caso de haber mucha epistaxis.
No se notan síntomas torácicos á la observacion, persistiendo algunos de los ántes mencionados, con matitez al percutir el epigástrio.	Por lo comun, percusion mate, estertores y otros fenómenos.	No hay nada anormal al explorar el estómago y pecho.
Más tarde quedan algunas deposiciones sanguinolentas.	Sigue por algun tiempo la expectoracion con estrías sanguinolentas.	Sale el moco algo teñido.

ORÍGEN DE LAS HEMORRAGIAS GÁSTRICAS.

ROTURA DE VASOS SIN LESION ANTERIOR EN SU TEXTURA

Fuera de las heridas del estómago, podremos deducir, la rotura de vasos no enfermos, cuando sobreviene una hematemesis; en una mujer que de repente le faltan las reglas; en otro que padeciera una hipertrofia hepática y esplénica, con éxtasis en la circulacion de la vena porta, etc., cosas que dan por resultado una hiperemia excesiva, y por consiguiente la rotura de los vasos gástricos.

ROTURA DE VASOS ENFERMOS.

En las afecciones caquécticas, como el escorbuto, etc., que traen modificaciones en las paredes de los vasos, y por lo tanto, diagnosticarémos una hematemesis intercurrente.

Por otro lado, la rotura de un vaso aneurismático trae los síntomas siguientes: calor epigástrico, con abombamiento, frio, pulso pequeño é irregular, sudores y síncopes.

ROTURA POR ULCERACION.

Ántes de la hematemesis viene un acceso cardiálgico.

ENTERITIS SIMPLE.	FIEBRE TIFOIDEA.
Deposiciones frecuentes, que ceden con prontitud al tratamiento.	Son ménos en número, pero más pertinaces.
No hay dolor epigástrico, ni abultamientn del bazo, ni meteorismo.	Hay los tres síntomas.
De ordinario se conserva el apetito.	Existe inapetencia.
Lengua, por lo comun, en estado normal.	En los casos graves está la lengua alterada.
Carencia de síntomas cerebrales y de postracion.	Hay abatimiento y síntomas nerviosos y cerebrales.
Si hay fiebre, es muy ligera.	La fiebre es más ó ménos intensa.
Ni se presentan epistaxis ni manchas.	Por lo general, manchas rosáceas y epistaxis.
La duracion es corta.	Ordinariamente dura más de dos setenarios.

HEPATITIS AGUDA.	PLEURESÍA AGUDA.	PNEUMONÍA AGUDA.
Color subictérico ó ictericia.	No hay alteracion de color.	Más bien encendimiento del rostro.
Dolor gravativo y profundo al nivel de las falsas costillas.	Es lancinante y bajo el pezon.	El dolor, si bien puede ser en un lado, tiende al centro del tórax.
No hay expectoracion: opresion y alguna tos cuando radica la flegmasia en la cara convexa del hígado.	Tos seca, expectoracion sero-mucosa	Disnea, tos y expectoracion característica.
Carencia de fenómenos estetoscópicos.	Existen los propios de la pleuresía seca, y de la que presenta derrame.	Siempre hay signos estetoscópicos, y casi puede decirse no falta alguno que sea patonogmónico.

CIRROSIS DEL HÍGADO.	HEPATITIS CRÓNICA.
Si hay dolor, es muy ligero.	Existe dolor más ó ménos constante.
No sobresale el hígado de las costillas.	Sobresale y mucho del nivel de ellas.
No hay fiebre, ó es poca.	Se marca la fiebre, y áun es persistente.
Lo comun es que haya ascitis.	No hay ascitis.

CIRROSIS DEL HÍGADO.	PERITONITIS CRÓNICA.
Tinte especial en la piel.	No hay coloracion particular.
No hay dolores de vientre.	Vientre dolorido á la presion y espontáneamente.
Como no haya complicacion, la fiebre falta ó es casi nula.	La fiebre es de carácter héctico.
No hay signos de tubérculos.	Aunque es señal dudosa, suele haber signos de tubérculos pulmonares.
Hay ascitis que progresa de contínuo.	Meteorismo: el derrame desaparece.

HEPATALGIA.	CÓLICO HEPÁTICO.	CÓLICO NEFRÍTICO.	ÍLEO.
Se manifiesta por accesos, sin accidentes precursores.	Su presentacion es por accesos.	—	Por lo comun es precedido de un estado patológico, más ó ménos duradero.
Las facciones se alteran, con señales de sufrimiento, pero no hay ictericia.	Más ó ménos pronto, hay ictericia.	No la hay.	—
Dolor vago en el hipocondrio, por debajo de las costillas, ó hácia la region lumbar derecha.	Dolor en el hipocondrio y epigastrio, que se irradia al pecho y hombro; no hay tumor ni deformacion abdominal.	Dolor renal, que se irradia á la vejiga y testículos.	Dolor en el punto invaginado; tumor, deformidad de vientre y meteorismo.
Pulso irregular, contraido, desordenado, nervioso en los accesos, despues natural.	Pulso tranquilo; si hay gran ansiedad, se concentra.	En el acceso, pulso pequeño, débil y contraido.	Pequeñez y viveza del pulso.
No hay trastorno en la secrecion ni emision de la orina.	Hay en la orina materia colorante de la bílis.	Está alterada la secrecion y excrecion de la orina.	No se trastorna esa funcion.

PERITONITIS.	REUMATISMO ABDOMINAL.	NEURALGIA LUMBO-ABDOMINAL.
Dolor que se exaspera con la presion.	Poco aumenta el dolor con la presion.	Hay puntos dolorosos hácia la columna vertebral.
Es general el dolor en el vientre.	Dolor vivo en los movimientos, pero limitado á los músculos afectos, ó á un sólo lado.	El dolor sigue el trayecto de los nervios lumbares.
Fiebre intensa, vómitos de bílis, meteorismo, etc.	Si hay fiebre es ligera, como las alteraciones digestivas, y poco ó ningun meteorismo.	No hay fiebre, á ménos que no haya complicacion.

SEXTA SECCION.

Enfermedades del aparato urinario.

CAPÍTULO I.

Exploracion.—Los riñones y la vejiga de la orina merecen nuestra especial atencion, pues por su exámen recogerémos preciosos datos para el diagnóstico; mas éste nunca podrá ilustrarse como es debido, si no hacemos un prolijo reconocimiento de las orinas, toda vez que en ellas hemos de encontrar cuanto necesitamos para el debido esclarecimiento de los hechos.

Los riñones los explorarémos mediante la palpacion y la percusion.

Para que puedan reconocerse por la palpacion, necesario es que estén dislocados; la dislocacion afecta preferentemente al riñon derecho; tambien puede haber en ellos un aumento de volúmen, como acontece cuando existe la hidronefrosis, y de todos modos la palpacion podrá emplearse con éxito, si el riñon está próximo á la pared abdominal, pues de lo contrario es imposible la exploracion por este medio.

Para practicar la percusion de los riñones, es indispensable colocar al enfermo en posicion conveniente, cual es la de estar boca abajo comprimiendo el vientre, para que se eleven los lomos y se relajen los músculos de esa region. A los lados de la columna vertebral percutiendo, notarémos sonido timpánico obscurecido, carácter que le da la vibracion intestinal de los que se sitúan próximos al riñon, y la obscuridad de sonido propia de ese órgano.

Grandes son las dificultades que hallamos para la exploracion de los riñones, pues ésta no da resultado en las personas obesas, ó cuando hay aumento del hígado, bazo, etc., por lo que damos escasa importancia á su exámen; pero en cambio nunca será bastante encomiada la que tiene el de las orinas.

Respecto á la vejiga, conocerémos por la palpacion si está llena ó vacía; en este último caso no sobresale del púbis; pero si está llena, sobre este sitio palparémos un tumor periforme, tenso; y por la percusion, hay insonoridad completa, pues si el sonido es claro ó timpánico obscuro, depende de estar un asa intestinal entre la vejiga y la pared del vientre; tambien la sonda puede servir para aclarar el diagnóstico de determinadas enfermedades de la vejiga.

El exámen de las orinas tiene una gran importancia en la exploracion del aparato urinario; él ofrece muchos cambios patológicos respecto á su color, cantidad, peso, reaccion ó presencia de principios anormales, olor, etc.

Las orinas, desde el *color* amarillo-pálido, hasta el amarillo rojizo, pueden presentarse normalmente; pero además serán transparentes ó blanquecinas, azafranadas, rojas, tener restos de membranas, mucosidades, pus, sangre líquida ó coagulada, etc., segun el estado pato-

lógico que exista. La materia colorante de la bílis y la de la sangre, son las sustancias que anormalmente aparecen en ella con más frecuencia. La de la bílis le da un color, desde el amarillo intenso al verdoso y al rojo pardo-obscuro; comprobarémos su existencia en la orina por la reaccion que produzca con el ácido nítrico que contenga algo de nitroso, pues ésta será verde, violeta y roja.

La materia colorante de la sangre, ó sea la hematina, dará á la orina un color rojo más ó ménos intenso; por el exámen microscópico hallarémos en él sedimento de glóbulos sanguíneos; y tambien manteniendo la orina en la estufa, al coagularse la albúmina, se lleva la hematina y se forma el coágulo pardo-rojizo, el cual toma un color rojo azulado cuando se calienta una porcion de la orina filtrada, añadiendo algunas gotas de potasa, formándose coágulos de albúmina, y separándose fosfatos térreos y la materia colorante de la sangre.

La *cantidad* de orina es muy variable en circunstancias normales; está disminuida en general en las enfermedades febriles, en diferentes formas de nefritis; en el período álgido del cólera apénas hay secrecion, y en otros muchos casos; considerándose como causa de la disminucion, la corta cantidad de sangre ó la falta de agua en la sangre que circula por las arterias del riñon; cuando el sistema venoso se sobrecarga de sangre, el aórtico contiene ménos cantidad de la normal, disminuye por lo tanto la secrecion urinaria; por eso está disminuida la orina en ciertas enfermedades del corazon; como tambien es exígua cuando la sangre se empobrece en principios acuosos, bien por aumento de traspiracion ó por extravasacion de los principios por las paredes de las venas (hidropesía); y por el contrario, estará aumentada patológicamente, por el excesivo in-

greso de agua en la diábetes insípida y en la sacarina.

El *peso específico* varía segun la riqueza en materias sólidas, y la mayor ó ménor cantidad de agua que contenga; en las fiebres se eleva extraordinariamente, y en la diábetes sacarina, y desciende por debajo de la cifra máxima normal que es la de 1'015 en la nefritis, y de un modo notable segun repetidas experiencias en el cólera.

La *reaccion* de la orina, normalmente es ácida; fuertemente lo es en el reumatismo articular agudo; hasta será neutra cuando contenga pus, ó se haya hecho uso de bebidas minerales alcalinas. Depende la reaccion ácida de la cantidad de fosfato ácido de sosa, de los uratos y del ácido úrico que contenga; la alcalina se presenta cuando ha estado mucho tiempo en reposo, y es efecto de la descomposicion de la urea en carbonato de amoniaco.

Por lo que hace á las sustancias anormales que podemos hallar en la orina, y que tan interesante es su estudio, dirémos que la albúmina pasa de la sangre á la orina, tan luego como aumenta la presion ejercida por la sangre en los vasos renales.

La albúmina se precipita por el calor y por la adicion de ácido nítrico.

En las orinas sanguinolentas se halla fibrina, y además encontramos ésta sin necesidad de que haya sangre, como sucede en la nefritis aguda intensa.

El moco patológicamente existe en el catarro vexical, y se reconoce por el microscopio en forma de nubes flotantes y filamentosas, que descienden al fondo cuando la orina se reposa por un tiempo más ó ménos largo.

La orina azucarada puede reconocerse por el reactivo de la potasa cáustica, del bismuto y de la fermentacion. Además de la diábetes, en multitud de casos

encontramos azúcar en la orina; pero acontece que en muchos de ellos sólo hallamos vestigios.

Haciendo abstraccion de estos principios, cuya averiguacion nos interesa, hay circunstancias en las que encontrarémos partes morfóticas en la orina, y esto será siempre que al poco tiempo de haberse efectuado su emision ésta se enturbie; pues la orina normal es clara y transparente, sin que contenga vestigio alguno de sustancia morfótica.

En estado patológico, puede en la orina encontrarse ciertas sustancias sólidas orgánicas, como células de pus, glóbulos de la sangre, cilindros uriníferos, células epitélicas y áun productos vegetales.

Últimamente, sedimentos inorgánicos, amorfos y cristalinos, podemos encontrar al explorar detenidamente el líquido de que nos ocupamos; pero los que normal y patológicamente se presentan en la orina que den reaccion ácida, son: ácido úrico y urato de sosa, oxalato de cal no tan frecuentemente; y cuando las orinas sean amoniacales, sus sedimentos son de urato amónico, y de fosfato cálcico ó amónico magnésico.

Útil será en muchos casos asegurarnos del olor de la orina; y para comprender en tan minucioso exámen cuanto para fijar el diagnóstico nos interesa, averigüemos si el enfermo experimenta dificultad para orinar, y no descuidemos estudiar el carácter del dolor, el sitio en que se manifiesta, el momento en que se presenta: asegurémonos de si es ó no frecuente la necesidad de orinar, cómo sale la orina, si en un sólo chorro, si hay bifurcacion ó si es por rebosamiento; si el paciente tiene por costumbre satisfacer la necesidad de orinar en el momento en que se presenta, y otras mil circunstancias que pueden arrojar mucha luz, para que llegue á perfeccionarse el diagnóstico de determinadas afec-

ciones del aparato urinario; entre las que hay algunas, como verémos en el curso de esta seccion, que son complicadas y en extremo obscuras; siendo indispensable una observacion minuciosa y una exploracion detallada y prolija, para adquirir los conocimientos necesarios, y con ellos precisar difíciles diagnósticos.

CAPÍTULO II.

Hiperemia renal.

Definicion.—Es una enfermedad que consiste en una fluxion sanguínea, activa ó pasiva, en el riñon.

Causas.—Muchas son las condiciones etiológicas que la producen, y entre ellas debemos mencionar la plétora, que no pocas veces se manifiesta por el abuso de bebidas espirituosas; ciertas enfermedades del riñon, como la de Bright en su segundo período; la presencia de tumores en el vientre ó el útero grávido que oponga dificultades á la circulacion; el estadio del frio en un acceso febril intermitente, puede producir en la circulacion capilar notable desórden, y como consecuencia gran fluxion renal; el uso de las cantáridas, el abuso de determinados medicamentos como los balsámicos, y ciertas enfermedades febriles infectivas, como la escarlatina, tifoidea, cólera, etc.; y por lo general las estancaciones sanguíneas del riñon, son ocasionadas por idénticas causas que las que motivan las del hígado; así es que frecuentemente verémos es concomitante de las que experimenta el interesante órgano hepático.

Síntomas.—Los de esta enfermedad son muy variables, como lo son las circunstancias patológicas en que

la hiperemia llega á presentarse; unas veces la orina es excretada en gran cantidad, tiene el color pálido, escaso peso específico y está poco concentrada; pero hay otros casos en que se halla disminuïda; y algunas veces la hiperemia renal consiste en la relajacion del tejido del riñon y la dilatacion consecutiva de los capilares; entónces ni hay aumento ni disminucion en la secrecion urinaria; por eso las variaciones observadas en la cantidad y calidad de la orina en la hiperemia, parece estar subordinada al punto congestionado del riñon en unas ocasiones, y en otras á la alteracion ó lesion que produzca y sostenga la hiperemia renal.

No pocas veces hallamos la orina cargada de albúmina y de glóbulos sanguíneos; y es innegable que en la hiperemia debida á una enfermedad de corazon, por largo tiempo se encuentra la orina albuminosa.

Sensacion de calor, peso y áun dolor, acusan los que la padecen; mas recordemos que el riñon es órgano tan escaso de nervios sensibles y tan dilatable su cubierta, que jamás el aumento hiperémico de este órgano es acompañado de dolor, que por su intensidad pueda llamar nuestra atencion.

No busquemos fenómenos ni síntomas en los demás aparatos, pues si los hay son equívocos.

Curso, duracion y terminacion.—Todo cuanto pudiéramos decir respecto á este particular, está supeditado á la causa que produce la hiperemia; pues segun cual sea, la duracion será más ó ménos larga, y buena ó mala la terminacion.

Pronóstico.—En la mayoría de casos es favorable; sin embargo, preciso es consultar la causa que produce y tal vez sostiene la hiperemia.

Tratamiento.—No pocas veces el estado hiperémico renal es manifestacion local de enfermedades graves,

que motivan grandes trastornos; entónces diríjase la medicacion, no contra la hiperemia, sino contra los desórdenes que la ocasionan, pues de este modo llenarémos la indicacion causal.

Si la fluxion se debe al abuso de diuréticos irritantes, suspéndase su uso y propínense diluentes y subácidos, capaces de moderar la fluxion que en el riñon han producido las sustancias acres segregadas; y para cubrir la indicacion morbosa, empléense sangrías generales y locales, revulsivos al canal intestinal y á la piel, siempre que la fluxion sea intensa y no se presente contraindicacion alguna para ello.

CAPÍTULO III.

Nefrorragia.

Sinonimia.—Hemorragia renal.

Definicion.—Es la salida de sangre por la uretra, procediendo ésta del riñon.

Causas.—Muchas son las que llegan á ocasionarla: la presencia de un cálculo en dicho órgano, las contusiones, heridas y otras lesiones, que corresponden á la clase de las traumáticas, las producen; como tambien una hiperemia intensa que puede ocasionar la distension de los capilares y motivar su rotura; rara vez una diatesis hemorrágica, y en otros casos no podemos apreciar la causa, siendo endémica en ciertos países.

Bien podemos decir que, segun las causas que pueden dar lugar á una nefrorragia, ésta es debida á una enfermedad del riñon, hemorragia renal sintomática; nefrorragia por alteracion de la sangre, pudiendo haber

en unos casos aumento de glóbulos sanguíneos, y en otros disminucion de fibrina; nefrorragia por lesion dinámica, ó por alteracion de secrecion, llamada por algunos nefrorragia esencial; y hay la endémica en las regiones de los Trópicos, cuya naturaleza no puede áun determinarse con exactitud.

Síntomas.—Variables pueden ser éstos, segun la causa que motive la hemorragia renal; pero basta á nuestro intento hacer mérito de aquellos síntomas que son comunes á todas las nefrorragias. Lo primero que llama la atencion, es la cantidad de sangre que sale con la orina; pues será muy raro que sólo la sangre forme la cantidad del líquido. La orina, pues, presentará un color rojo ó pardo cuando la sangre abunde en ella; contendrá coágulos que pueden ser fibrinosos, negruzcos, y pocas veces decolorados. Si la sangre está con la orina en corta cantidad, el color de ésta es rojo-claro, ó presenta un ligero tinte sonrosado obscuro. Fácilmente comprobarémos en la orina los elementos de la sangre por los medios exploratorios; con el microscopio investigarémos los glóbulos; la serosidad y la albúmina que estén en disolucion, la hallarémos por el calor y el ácido nítrico.

Seguros de la presencia de la sangre en la orina, necesario es averiguar si en efecto procede ésta del riñon, ó de las demás partes del aparato génito-urinario. Para conseguirlo, indispensable es tener en cuenta las circunstancias que acompañan al desarrollo de la hemorragia: no olvidemos los signos particulares de cada una de las afecciones del riñon; acudamos al cateterismo y á una atenta observacion, y obtendrémos datos por medio de los cuales valorarémos si la excrecion de la sangre se efectúa por delante ó por detrás del esfínter de la vejiga; si la hemorragia es frecuente, á

más del peso que acusan estos enfermos en el hipogástrio, tienen frecuentes ganas de orinar, y en esas pequeñas porciones que se expelen, sale la orina con la sangre, pudiendo ésta ser líquida ó coagulada; otras veces, algun cálculo ó coágulo pone obstáculo en los cálices ó pélvis del riñon al descenso de la sangre, y al distenderse considerablemente los conductos ó el riñon, se despiertan síntomas locales que confirman el diagnóstico.

Curso, duracion y terminacion.—Poco puede decirse de esto, por ser necesario atenerse á la causa que la produce ó á la enfermedad de que sea síntoma, pues se juzgará segun cuales sean esas condiciones.

Diagnóstico.—Véase el cuadro respectivo.

Pronóstico.—Debe hacerse reservado hasta conocer bien la naturaleza de la enfermedad, y entónces si unas veces es halagüeño, otras es grave.

Tratamiento.—En los más de los casos no lo hay especial para esta hemorragia, sino que la indicacion es combatir la causa productora ó la enfermedad de que sea síntoma. Sin embargo, en la hemorragia abundante y tenaz, el riesgo que corre el paciente de ser conducido á un estado de gran consuncion, reclama la mayor actividad, y aconsejamos entónces las aplicaciones de hielo en la region renal y las enemas frias, usando al interior los astringentes, con preferencia el tanino ó aquellos medicamentos que lo contengan en abundancia, pues los riñones excretan esta sustancia bajo la forma de ácido gállico, y así comprenderémos puede producir una accion directa en el punto donde la hemorragia se actúe. Se ha recomendado tambien el cornezuelo de centeno, y á altas dósis se obtiene buen resultado del uso de la ergotina. En todos aquellos casos en que hubiese notable empobrecimiento de sangre, puede ser favorable el uso moderado de los ferruginosos.

CAPÍTULO IV.

Nefritis catarral.

Sinonimia.—Nefritis descamada.

Definicion.—Consiste esta enfermedad en una fluxion con caida del epitelio, principalmente en los conductos rectos del riñon.

Etiología.—Es afeccion bastante frecuente, pero pasa desapercibida en gran número de casos; porque muchas veces, el único fenómeno que la caracteriza es una alteracion en la orina, que sólo se aprecia por un minucioso exámen.

Cuando es primitiva, que acontece rara vez, se debe á la influencia del frio, y su invasion es brusca.

La forma secundaria es la comun, siendo sus principales causas la flegmasia de la mucosa urinaria, la absorcion de sustancias irritantes, ciertas afecciones febriles que imprimen una modificacion notable en la circulacion visceral, y á más una alteracion de la sangre siempre que cambie las condiciones de difusibilidad de la albúmina: entre las enfermedades febriles debemos enumerar, la escarlatina, el tífus, fiebre tifoidea, la viruela, etc.

Anatomía patológica.—La hiperemia puede haber sido considerable, y formar manchas en la superficie del riñon y áun pequeñas hemorragias; el volúmen de éste, si la fluxion no ha sido muy grande, es normal, si no se halla algo aumentado. Segun Wirchow, en la sustancia medular pueden verse zonas de estrías pálidas y rojas, correspondiendo éstas á las partes hiperemiadas, y aquellas á los túbulis llenos de células epi-

teliales en proliferacion. Las células son unas veces granulosas, otras experimentan la degeneracion gránulo-grasosa. Si la fluxion ha sido tan activa que ha dado lugar á la erosion de algunos vasos, solémos encontrar en los conductos glóbulos de sangre, hematina en descomposicion, y áun cargadas las células de granulaciones pigmentarias. Intactos permanecen los glomérulos y las cápsulas de Malpigio. Si se comprimen las pirámides entre los dedos, sale de entre las papilas una masa ya transparente, ya turbia, blanca ó amarillenta, formada de moco y de epitelium. Estas son las lesiones fundamentales, observándose además en ciertos casos, imbibicion serosa del tejido, que lo hace más blando.

La evolucion de este proceso casi siempre es favorable, sobreviniendo lo que se llama *restitutio ad integrum*.

Síntomas.—La alteracion de la orina es lo que se manifiesta tanto en la primitiva como en la forma secundaria: el estado agudo, que puede durar de cuatro á seis dias, se caracteriza por intensa fiebre y malestar general; el exámen de la orina es indispensable para explicarnos la existencia del padecimiento.

Es la orina ácida al principio, disminuida en cantidad si bien puede ser normal; la densidad aumenta en tanto que la cantidad disminuye, y vuelve luego á la densidad fisiológica; el color puede ser rojizo, debido á la sangre que contenga; mas esto es raro y sólo en el comienzo, pero sí siempre hay albuminuria. Por el reposo deposita el líquido sedimento, poso abundante, súcio y pulverulento; descubre en él el microscopio células epiteliales, unas veces libres, otras agregadas en cilindros y coágulos mucosos; la cantidad de albúmina disminuye á medida que aumenta la orina, desapareciendo tambien el sedimento; sin embargo, estos en-

fermos se debilitan á consecuencia de la expoliacion albuminosa, aunque no excede de dos setenarios la duracion de la enfermedad.

Como hemos manifestado que siempre hay albuminuria en la nefritis catarral, debemos decir cómo procederémos á hallar la albúmina en la orina. El ácido nítrico y el calor son los dos reactivos ordinarios, y de ellos podemos valernos para conseguir el objeto que nos proponemos. Claro es que el efecto que producen estos reactivos, es el de que pase la albúmina del estado de disolucion en que se encuentra al de coagulacion; la adicion, pues, del ácido nítrico dará un precipitado blanco más ó ménos abundante, segun la cantidad de albúmina que exista en la misma; por medio del calor obtendrémos igual resultado, pero someterémos la orina á su accion cuando hayamos apreciado la reaccion ácida del líquido en el papel tornasolado; así es que si ésta fuese neutra ó alcalina, deberémos adicionar algunas gotas de ácido para que pueda enrojecer el papel azul, pero que no sea excesiva la acidez de la orina, pues entónces por el calor no se coagula la albúmina.

Curso, duracion y terminacion.—Lo ordinario es que permanezca esta afeccion estacionada unos dias: su duracion varía de diez á quince; si pasado ese tiempo la albúmina se halla en la orina en la misma cantidad que ántes, si hay restos morfológicos, si con claridad se distingue que el epitelium es gránulo-grasoso, es probable haya habido error diagnóstico, y se trate de una nefritis parenquimatosa.

Pronóstico.—Tiene indudablemente cierta gravedad, pues es enfermedad que propende á recidivas, y lastimado repetidas veces el riñon, puede dar lugar á afecciones rebeldes, que comprometen la existencia.

Tratamiento.—Si el catarro es agudo y primitivo, serán oportunas las emisiones sanguíneas locales, así como las ventosas escarificadas, ayudado este tratamiento de laxantes, dieta y quietud; en seguida es indicacion provocar la diuresis, único medio de activar la eliminacion del epitelium y del moco, para lo cual usarémos aquellos medicamentos que sin producir accion sensible en la composicion orgánica de la orina, aumenten la trasudacion acuosa; y como régimen alimenticio, el lácteo es el que produce los mejores efectos.

Nunca consideramos completa la curacion, hasta que la orina esté libre de sedimentos morfológicos y de albúmina.

La nefritis catarral secundaria queda reducida á una albuminuria transitoria, y ésta llega á desaparecer cuando termina la enfermedad principal, por lo que no exige indicacion alguna especial; está supeditada á la enfermedad que la produce y sostiene.

CAPÍTULO V.

Nefritis difusa ó parenquimatosa.

Sinonimia.—Mal de Bright; albuminuria; nefritis albuminosa; afeccion granulosa de los riñones.

El nombre de enfermedad de Bright es de significacion confusa, pues no se refiere á una sola lesion; distintos estados patológicos pueden formar ese conjunto morboso que nos describe Bright, y que lo constituye una persistente albuminuria, una hidropesía de marcha particular y una atrofia de los riñones.

Hoy ha llegado á demostrar la observacion, que dis-

tintas formas anatómicas pueden dar lugar al mal de Bright, y entre ellas la más comun es la nefritis parenquimatosa, despues la degeneracion amiloidea y la esclerósis, por cuya razon nos ocupamos particularmente de las mismas.

Génesis y etiología.—Escasa es la etiología de la forma más comun del mal de Bright, de la nefritis difusa ó parenquimatosa.

El enfriamiento repentino, el abuso de bebidas alcohólicas, y determinados exantemas febriles, son indudablemente las causas más comunes de la afeccion que nos ocupa; pero la escarlatina, que es una de las enfermedades que produce complicacion nefrítica, en la mayoría de casos no es la nefritis difusa la que ocasiona, sino la catarral ó descamada; la viruela hemorrágica tal vez la origine, y por lo que hace á la erisipela y sarampion, tan sólo una albuminuria transitoria.

No se poseen áun datos suficientes, para creer que el envenenamiento por el ácido sulfúrico ó los preparados de plomo motiven la afeccion de que hablamos; pero sí los hay muy suficientes, para admitir como causas de esta enfermedad, el reumatismo y la gota, las intermitentes rebeldes y la caquexia palúdica; pero hagamos notar que la potencia de estas causas es distinta segun el clima, y que circunstancias que no nos es dado apreciar, influyen para que la misma causa eficaz en tal punto sea en otro completamente estéril.

Anatomía patológica.—Oigamos á Frerichs, que es el que indudablemente describe mejor el punto de que tratamos, y lo divide en tres períodos.

En el primero ó congestivo, los riñones están aumentados de peso y volúmen, con menor consistencia; la hiperemia está generalizada, las células epiteliales apénas modificadas, y en los conductillos uriníferos hay cilindros de exudacion.

En el segundo período, que es el de exudacion, formativo ó neoplásico de Jaccoud, las células epiteliales se infiltran y llenan de granulaciones proteicas, sobre todo en la sustancia cortical; los conductos se dilatan, y como comprimen los vasos sanguíneos, dan lugar á la anemia cortical y á la hiperemia de la sustancia medular; con tales lesiones coinciden alteraciones intertubulares, como son hipertrofia é hiperplasia de los elementos conjuntivos intersticiales, cuyo trabajo empieza por los corpúsculos de Malpigio en este período, pues no sólo están los riñones aumentados doblemente de volúmen, sino que además están blandos, de color amarillento; su membrana descubierta fácilmente se desprende, y alguna vez en las venas renales hallarémos trómbosis, producida por la debilidad circulatoria.

El tercer período, es el de formacion regresiva ó de atrofia; el riñon está entónces disminuido de peso y de volúmen; no es su superficie lisa ni reluciente, cual lo era ántes, sino mamelonada; su consistencia ha pasado á ser dura y compacta; la cápsula fibrosa, fuertemente engrosada, con dificultad puede desprenderse; la sustancia cortical desaparece en gran parte en los puntos que corresponden á las granulaciones; con el auxilio del microscopio descubrimos dilatacion de los conductos uriníferos y cápsulas de Malpigio, con masa grasosa en su interior; dichas cápsulas están exangües y en forma de globulillos, se encuentran llenas de grasa y sin señal de glomérulos.

A estas lesiones fundamentales tenemos que agregar quistes, que con alguna frecuencia ocupan la sustancia medular. El líquido que contienen los quistes no encierra los elementos normales de la orina, pero sí llega á contener alguna vez tirosina; y Rosenstein

dice haber encontrado en una ocasion la paralbúmina.

Mas son tan notables los efectos de esta lesion, que no se limitan al riñon, sino que se sienten en todo el organismo. Entre las complicaciones frecuentes, mencionemos las flegmasias serosas, como la pleuritis, pericarditis, endocarditis y peritonitis: las alteraciones mucosas conocidas con el nombre de catarro laringo-bronquial, gástrico é intestinal; y las ulceraciones de los intestinos, lesiones viscerales, como retinitis, pneumonía, hipertrofia y afecciones valvulares, y áun degeneraciones hepáticas y esplénicas, como la esclerósis amiloidea y la grasosa.

Síntomas.—La invacion aguda de esta enfermedad es rara, y cuando se presenta, las causas que la producen son el enfriamiento repentino, fiebres eruptivas ó el traumatismo; en la inmensa mayoría de casos, la marcha es subaguda ó crónica.

La primera se caracteriza por escalofrios, fiebre, vómitos y dolor lumbar, presentándose despues anasarca general: el exámen de la orina nos dará á conocer el principio del mal.

Pero su forma latente, que es la comun, se diagnostica por la hidropesía, aunque ántes tiene que existir la albuminuria, para que se desenvuelva la infiltracion serosa subcutánea. Otras veces comienza la enfermedad por dolor en los lomos, permanente ó paroxístico, y aunque se ha dado importancia á este síntoma, no es tan constante como aseguran algunos autores; en otros casos, un catarro persistente laringo-bronquial es el primer síntoma que se manifiesta.

Llamamos la atencion acerca de los trastornos funcionales de la vision; pues en gran número de casos es lo que primero alarma á los pacientes. Presentados estos síntomas ó alguno de ellos, examínese la orina y

se encontrará cargada de albúmina: con el oftalmóscopo hallarémos las lesiones de la retinitis albuminúrica.

Más tarde sobrevienen desarreglos en el aparato digestivo; pues hay vómitos, diarrea siempre insidiosa, cefalalgia pertinaz, epistaxis, insomnio y rápido enflaquecimiento; por lo que hace á la orina, hay frecuentes ganas de hacer la emision, pero no hay aumento de ella, ántes al contrario, disminucion.

Una vez desarrollada la enfermedad, vemos modificaciones en el líquido, alteracion en la sangre, hidropesía y retinitis.

Necesario es entrar en algunas consideraciones, para poner de manifiesto la sintomatología de tan interesante enfermedad.

En el exámen de la orina encontrarémos variedad, ya esté la afeccion en el período agudo, en la época de transicion, ó sea en la que separa el estado agudo del crónico, ó bien en el período avanzado de ella.

En el período agudo, vemos en la orina los caractéres físicos de la febril, y difiere en los químicos principalmente, por la disminucion de urea y de fosfatos que contiene; la cantidad está disminuida, su reaccion es ácida, está aumentada su densidad; la coloracion, que se la da la sangre y no la hematina disuelta, es roja; la cantidad de albúmina varía, pero suele ser tan crecida, que todo el líquido la constituye. Por el microscopio, se ponen de manifiesto los glóbulos de sangre, los cilindros fibrinosos y el epitelium renal.

En el período de transicion hay la cantidad normal de orina con escasa diferencia, su reaccion es ácida, su densidad menor, los elementos de ella, urea, ácido úrico, fosfatos y cloruros, disminuidos tambien como la cantidad de albúmina: los morfológicos son células epiteliales, cilindros fibrinosos si empezó la afeccion con

hematuria, y cilindros albuminosos cargados de epitelium.

En el tercero y último período, que es el que marca el cronicismo, la orina es pálida, ligeramente ácida; su cantidad de ordinario es mayor que la normal; la densidad siempre es menor que en los períodos precedentes; los elementos de la orina disminuidos, sobre todo la urea y la albúmina, llegando hasta faltar esta cuando la atrofia renal es doble: siendo los elementos microscópicos el epitelium granuloso ó grasoso, los cilindros gránulo-grasosos, y los cilindros hialinos ó serosos; éstos son los que constituyen el signo cierto de tan interesante afeccion.

Al examinar la sangre, verémos que en el estado agudo presenta aumento de fibrina, como es propio de todas las flegmasias: en el crónico, las variaciones en este elemento son resultado de la alteracion de la uropoyesis; el suero desciende en densidad; la albúmina baja en proporcion á la cantidad que se pierde por la orina; los glóbulos rojos permanecen como en estado normal ó disminuyen algo, aumentando los blancos; las materias excrementicias, cuando la enfermedad es antigua, están aumentadas; y la proporcion de urea en la sangre puede llegar á ser cuatro y áun cinco veces mayor que la cifra fisiológica; este estado de la sangre explica la palidez de la piel y la sequedad anormal que suele manifestarse.

La hidropesía afecta la forma anasárquica; y si bien unas veces es general, desde luego otras empieza de una manera parcial, pero rara vez falta, desapareciendo en el período de atrofia renal: en la forma aguda sobreviene la hinchazon general: en la crónica es más constante la parcial. Mas no siempre se limita la hidropesía al tejido subcutáneo, pues en ocasiones hay

edema visceral ó derrames en las cavidades serosas.

La patogenia de la hidropesía de que hacemos mencion es obscura; parece lo más justificado que dependa de la alteracion de la sangre; si bien tenemos que convenir en la influencia de causas ocasionales; pues esta hidropesía como todas las caquécticas, aunque se refiera á causa fundamental de órden químico, tambien necesita otra auxiliar de órden mecánico.

Por lo que hace á la retinitis, en la forma crónica de la enfermedad, por lo constante podemos considerarla como un síntoma; en cambio es poco frecuente en el período agudo.

Las alteraciones de la vision son lentas: primero dicen los enfermos ven los objetos como á través de una nube; luego se les acorta la vista, más tarde se presenta la ambliopía; y en los casos más graves, sólo distinguen el dia de la noche. En la retinitis brightica, las lesiones ocupan dos puntos distintos, los elementos nerviosos y los conjuntivos de la retina; alteraciones que son resultado de una hipertrofia con esclerósis y una degeneracion grasosa.

Despues de haber referido las alteraciones que caracterizan la enfermedad, punto el más esencial en el estudio sintomatológico de esta afeccion, enumerarémos siguiendo la perfecta descripcion que del mal de Bright nos hace Jaccoud, otros síntomas que llamamos accesorios, los que por la frecuencia con que se presentan y por su naturaleza, demuestran cuán grande es la influencia que la nefritis difusa ejerce en toda la economía.

Los síntomas accesorios más constantes, consisten en accidentes gastro-intestinales en primer término, despues en un catarro bronquial en la forma crónica de la enfermedad, que se desarrolla despacio, y que una vez

establecido no desaparece. Los síntomas gástricos consisten en dispepsia tenaz, náuseas y vómitos glerosos; los intestinales son: diarrea con carácter catarral primero, luego disentérico, y alguna vez es serosa, altamente debilitante.

Nunca en el período agudo, sino en el crónico, y más en particular en el de atrofia renal, se presenta una modificacion en el tejido cardiaco, que de ordinario se limita al ventrículo izquierdo, y ofrece dilatacion del mismo, que guarda proporcion con el grosor de las paredes. Esta hipertrofia del corazon se atribuye con fundamento á la obliteracion de los pequeños vasos renales, y á la retencion de agua en el sistema circulatorio, lo cual aumenta la tension del árbol arterial.

Curso, duracion y terminacion.—En la forma aguda el curso es contínuo, y si la terminacion es favorable dura desde dos á cinco semanas. En la forma crónica hay remisiones á veces de muchas semanas, lo que hace que la duracion varíe desde algunos meses á muchos años, influyendo en ello las condiciones del sugeto, las complicaciones y accidentes urémicos que sobrevengan, ó las pérdidas de albúmina que experimenten.

Pronóstico.—Éste siempre es grave, sumamente reservado; podrá hacerse favorable cuando por el exámen de la orina apreciemos que ésta se acerca al estado normal: en aquellos enfermos en quienes se presentan los trastornos de la vista producidos por la retinitis, si ésta se mejora, constituye un signo pronóstico de gran valor, favorable, positivo y absoluto; pero no olvidémos que en esta enfermedad, la terminacion frecuente es la muerte, producida por los progresos de la debilidad, pérdida de albúmina, desórdenes intestinales ó alguna complicacion grave que se presenta.

Tratamiento.—Para combatir la forma aguda, tene-

mos que recurrir á la sangría general, segun las fuerzas y constitucion del paciente, pues es lo que hace disminuir la fluxion renal y los síntomas que más la caracterizan. Cuando estén contraindicadas, que sucede esto no pocas veces, empleemos las ventosas escarificadas en la region renal, y secundemos la accion de las sangrías, ya generales ya locales, por medio de la digital y la dieta. El extreñimiento se combate con purgantes drásticos, pero nunca con salinos, que provocan una accion congestiva en los riñones. En aquellos casos en que con el anasarca coincida amago de derrame seroso, adminístrese el tártaro estibiado. Si en un principio no están indicados los diuréticos, porque congestionarian más el riñon, despues se usarán los que no sean irritantes, y el enfermo se someterá á dieta láctea.

En la forma crónica, el tratamiento más eficaz es el que se funda en la doctrina que admite una modificacion en la difusibilidad de la albúmina de la sangre, y un desórden en la asimilacion de las sustancias albuminoideas ingeridas: será, pues, la indicacion fundamental, restablecer el estado molecular normal de la albúmina, y restaurar la asimilacion de las materias albuminoideas.

El profesor Semmola, fundándose en estas ideas, aconseja un baño de vapor, en la cama ó la estufa; el objeto es provocar un sudor artificial; todos los dias ó cada dos, usar el cloruro sódico á alta dósis, diariamente de una á dos dracmas, y régimen lácteo. Como que el ácido arsenioso es favorable á la asimilacion de las materias albuminoideas, pueden recomendarse uno ó dos gránulos de esta sustancia al empezar á comer. Siempre que no haya diarrea ó debilidad grande, se seguirá provocando el sudor artificial, hasta que se presenten

los sudores espontáneos, y cuando aquellos se suspendan, acudirémos á las friegas secas. El cloruro sódico no se tolera muchas veces; entónces recurrirémos al yoduro potásico, al férrico, al percloruro y al tanino; y cuando por el exámen microscópico encontramos en la orina los caractéres de la atrofia renal, desistirémos de toda medicacion por inútil; sólo combatirémos síntomas, la hidropesía y cualquier otra complicacion, sosteniendo en lo posible las abatidas fuerzas del enfermo.

CAPÍTULO VI.

Degeneracion amiloidea.—Esclerosis.—Mal de Bright.

Causas.—La tuberculosis pulmonar, la sífilis y las supuraciones prolongadas, principalmente si se afectan los huesos, son las causas que motivan el padecimiento de que nos ocupamos, como que son capaces de volver prontamente caquéctico á un individuo, por más que su salud fuese perfecta. Tambien pueden producir la esclerósis, el alcoholismo y la gota, y ciertas y determinadas enfermedades del corazon.

Síntomas.—La degeneracion amiloidea es crónica, no hay dolor renal, y su aparicion es más insidiosa que la de la nefritis difusa.

Empieza por verdadera poliuria; la orina es escasa en densidad, pálida, de sedimento blanquizco; presenta disminucion de urea y cloruros; la cantidad de albúmina es variable. Por el exámen microscópico no hallamos elemento alguno renal en la orina, y cuando los tiene, son células epiteliales ó cilindros albuminosos.

La hidropesía no es síntoma importante en la degeneracion amiloidea, pues muchas veces falta; y cuando existe, su aparicion no es pronta, sino anasárquica; y aunque puede llegar á ser general, ya empieza por la cara como por las extremidades inferiores; es una hidropesía que más bien puede atribuirse á una lesion del hígado ó del bazo, que lo comun es acompañe á la afeccion amiloidea.

La retinitis, hipertrofia cardiaca, etc., son poco frecuentes, como no coincidan con una atrofia granulosa; pero sí es casi constante la diarrea, producida por el estado caquéctico, y que contribuye á abreviar el triste fin, como tambien las hemorragias, sobre todo la hemotísis que suele observarse, y que es debida á una degeneracion amiloidea de los capilares del pulmon. Hagamos mencion, entre los síntomas de esta enfermedad renal, de las alteraciones frecuentes del hígado y del bazo.

La esclerósis renal no ofrece particularidad sintomática que obligue á una descripcion especial; sólo se distingue por sus condiciones etiológicas, más no por los síntomas de la nefritis parenquimatosa.

Y por lo que hace á la anatomía patológica, despues de lo dicho al hablar de la nefritis difusa, nada de gran interés encontramos en los estudios que últimamente se han practicado sobre esta afeccion, que merezca hacer mérito especial de ello.

Respecto al curso, terminacion y pronóstico, nos referimos á lo consignado en el capítulo anterior.

Tratamiento.—Es análogo al de la nefritis difusa crónica; se reduce casi á combatir síntomas, y á insistir en la medicacion tónica, y en todo cuanto puede hacer disminuir las pérdidas del riñon é intestinos, por el carácter caquéctico de la enfermedad; hay casos en

que reconoce por orígen el sifilítico, entónces preciso es recurrir á la medicacion específica, pues así llegarémos á conseguir buenos resultados.

CAPÍTULO VII.

Uremia.—Insuficiencia urinaria.

Es la uremia un estado patológico especial, debido á la disminucion ó supresion de las funciones del riñon, consiguiente á la acumulacion que se efectúa en la sangre de los productos gastados de nutricion, que debian ser eliminados por la orina.

Se caracteriza esta enfermedad por accidentes nerviosos graves; lo más comun comatosos; rara vez convulsivos, y se atribuyen á la presencia en la sangre de una crecida cantidad de urea, que no ha sido eliminada por los riñones ó evacuada por la orina.

No encontrando urea en la orina de los que padecen albuminuria, debemos suponer que este principio queda retenido en la sangre, y de ahí que se llamen síntomas urémicos los accidentes cerebrales que presentan los albuminúricos.

Causas.—Son condiciones etiológicas de la uremia, cuantas lesiones restrinjan el poder eliminador de los riñones; por lo que todas las formas del mal de Bright, podemos considerarlas como otras tantas causas de ella.

Síntomas.—Unas veces es la uremia rápida ó aguda, y otras lenta ó crónica.

Se caracteriza la primera por estallar con pródromos; hay cefalalgia, insomnio, agitacion, vértigos, altera-

ciones en la vista, que comunmente consisten en ambliopía ó amaurosis, debilidad súbita de inteligencia, torpeza de oidos, convulsiones, coma y alguna vez delirio, desarrollándose síntomas simpáticos digestivos, como náuseas y vómitos. El exámen de la orina da la existencia de albúmina, cilindros fibrinosos, y poca ó ninguna urea; cuando esto acontece, hay síntomas cerebrales, que coexisten con la palidez, hinchazon de la cara y edema de los extremos.

En la uremia crónica, los pródromos son constantes, y este período inicial puede caracterizarlo sólo la cefalalgia intensa, y dura varias semanas.

El período de estado lo constituye la soñolencia y el coma, persistiendo la cefalalgia y los desórdenes sensoriales; suele haber algun movimiento convulsivo en los miembros, y delirio; en esta forma son más frecuentes los vómitos y la epistaxis, que puede presentarse en las dos.

Curso, duracion y terminacion.—Contínuo y rápido en la forma aguda; es largo en la crónica, con exacerbaciones marcadas: la primera dura de cuatro á seis dias, y la segunda muchas semanas; y si en la aguda por lo general la terminacion es favorable, en la crónica casi siempre ésta es mortal.

Pronóstico.—Cuando la uremia es producto de lesiones recientes superficiales que fácilmente pueden corregirse, éste será lisonjero; tal acontece en la fiebre escarlatinosa y puerperal: la uremia lenta, por lo comun, va unida á una nefritis parenquimatosa crónica, ó es producida por otra afeccion respetable del riñon; en este caso formularémos el pronóstico mortal.

Tratamiento.—Tenemos que recurrir á los diuréticos y purgantes drásticos, pues con ellos llenarémos la principal indicacion, que se reduce á activar la secre-

cion, favoreciendo la eliminacion de las materias urinosas contenidas en la sangre. Excítense además las funciones de la piel por medio de friegas, y con largueza recurrámos á los tónicos y á los estimulantes, para combatir la forma más frecuente, que es la lenta de esta afeccion.

CAPITULO VIII.

Abscesos y focos metastáticos del riñon.

SINONIMIA.—Nefritis supurada.

ETIOLOGÍA.—Los autores convienen en que las más ordinarias son las contusiones y las heridas, el traumatismo lumbar, la retencion de orina en la pélvis, que se descompone y hace alcalina; la propagacion de una flegmasia de las vias urinarias, la de los procesos inflamatorios que tienen asiento en el periné, peritoneo y órganos inmediatos; las embolias de las pequeñas arterias renales, y la infeccion pútrida ó purulenta; y aunque algunos comprenden entre las causas el abuso de los diuréticos y de sustancias irritantes, como quiera que éstas limitan su accion al epitelium, no pueden dar lugar más que á la nefritis catarral; pero sí incluirémos entre las causas, por más que célebres autores nieguen su influencia, el enfriamiento repentino; y siguiendo á Jaccoud, dirémos que el enfriamiento podrá no ser causa frecuente de esta enfermedad, pero es innegable su influencia etiológica en el desarrollo de la afeccion de que tratamos.

ANATOMÍA PATOLÓGICA.—El riñon está aumentado, de color rojo-obscuro todo él, ó puntos circunscritos de la sustancia cortical ó medular; su consistencia disminui-

da; hay engrosamiento é inyeccion en la túnica fibrosa: cortando el riñon y comprimiendo, sale un líquido sanguinolento y espeso. Pero si la enfermedad hizo notables adelantos, la coloracion será obscura; la exudacion intestinal y las células de pus producen compresion en ciertos casos; varios puntos se reblandecen y se observan pequeños abscesos, que son redondeados si se sitúan en la sustancia cortical; muchas veces éstos se reunen y forman extensos focos de supuracion. El pus se derramará unas veces en la pélvis, otras en el peritoneo; ya en los intestinos adherentes á la pared del absceso, ya por trayectos fistulosos sale al exterior, y en otros se enquista y se estaciona mucho tiempo.

Raro será que afecto un riñon de esta enfermedad, encontremos el otro intacto; lo más comun es que el que no ha sufrido la afeccion, presente un estado hiperémico general.

Síntomas.—Siendo el asiento de esta enfermedad el tejido que enlaza entre sí los tubillos y las cápsulas de Malpigio, fijemos los síntomas que la caracterizan.

Algunos desórdenes digestivos, como vómitos más ó ménos frecuentes, escalofrios, fiebre y dolor lumbar intenso, que se exaspera por la presion y por los movimientos; suele irradiarse por los uréteres á la vejiga y hasta los testículos que se retraen. Si la nefritis es doble, se observan estos síntomas en ambos lados: hay aumento constante del riñon, pero no tan marcado que permita apreciarse siempre, ni por la percusion ni por la palpacion. Hay iscuria, si no supresion, disminucion muy notable en la secrecion urinaria; esto se debe á la compresion de la exudacion intersticial en los conductillos y cápsulas de Malpigio; hay tenesmo, falso conato; con esfuerzos se expele escasa cantidad de orina; alguna vez la secrecion se suspende, hay

anuria, la densidad puede estar aumentada; pero lo comun es que sea normal; por el análisis hallarémos ácida la reaccion, pocas veces neutra, alcalina al final, y cuando la enfermedad dependa de retencion, habrá disminucion de ácido úrico y uratos; el color, como que hay concentracion de líquido, es obscuro y mezclado casi siempre con sangre.

Tales son los síntomas de la nefritis aguda; y si bien puede caminar á la resolucion en un setenario, lo cual se manifiesta por la cesacion de los dolores, por el carácter normal de la orina, y por sudores, otras veces el resultado es mortal, por insuficiencia urinaria; ántes de la supuracion la fiebre toma el carácter tifoideo, y aparecen los fenómenos de la ammoniemia.

La terminacion más probable en la nefritis aguda, es la supuracion; sobre todo, si la causa ha sido el traumatismo, ésta es rápida y mortal. La supuracion se anuncia por la persistencia de los accidentes, principalmente escalofrios y fiebre; la orina sólo contendrá pus, cuando el absceso se abra en el bacinete, ó la mucosa de las vias inferiores participe de la inflamacion.

La nefritis crónica en muchos casos, tiene la sintomatología obscura, por ser consecutiva á una afeccion de la vejiga ó de la uretra, ó á una pielitis. No es extraño falten en un principio los fenómenos generales, sobre todo la fiebre; el dolor renal existe y se descubre por la presion; la orina es normal, poco densa, da reaccion ácida, y sólo podemos considerar como un hecho accidental el que sea alcalina, pues sólo se observa esto cuando permanece mucho tiempo en la vejiga y sufre un principio de descomposicion, ó en el momento de efectuarse la emision de ella; la orina contiene en esta forma de nefritis, moco y pus.

En un período avanzado, la enfermedad se hace febril, y si primero su carácter es intermitente, toma luego el héctico; las funciones digestivas se alteran, la demacracion se efectúa con rapidez, y el enfermo sucumbe.

El absceso puede evacuarse como en la forma aguda, y sobrevenir una perinefritis, peritonitis, fístula cutánea, etc. Siempre será más favorable la abertura del absceso en el bacinete, saliendo entónces el pus por la uretra; en algunos casos, con el pus se eliminan pequeños fragmentos de tejido renal.

Con lo dicho queda consignado cuanto se refiere al curso, duracion y terminacion de la enfermedad.

Diagnóstico.—Véase el correspondiente cuadro.

Pronóstico.—En la forma crónica es más grave aún que en la aguda; llegando la gravedad á su más alto grado, si los individuos en quienes se presenta padecen parálisis ó estrechez uretral, con retencion parcial de orina.

Tratamiento.—En la forma aguda, sangrías generales ó locales, aplicaciones emolientes, laxantes y baños templados, tisanas mucilaginosas y leche; si los vómitos son pertinaces, pequeños fragmentos de nieve en la boca.

Alguna vez toma la enfermedad la forma urémica, y aunque no tengamos completa confianza en ello, debemos recurrir á los diuréticos y al sulfato quínico.

En la forma crónica, proscríbanse las evacuaciones de sangre; combátase el extreñimiento con purgantes oleosos, ó recúrrase á los drásticos que no produzcan irritacion en los riñones; trátese el dolor con inyecciones hipodérmicas morfinadas, con baños emolientes, quietud, régimen animalizado; y por último, la medicacion tónica está indicada para contrarrestar el empobrecimiento notable, que llega á presentarse en esta grave dolencia.

CAPÍTULO IX.

Hidronefrosis.

Definicion.—Esta enfermedad consiste en la dilatacion del riñon, producida por un obstáculo en el curso de la orina.

Causas.—Podemos considerar como tales, cuantos obstáculos tengan su asiento en el aparato excretor. Los cálculos, los tumores del abdómen, pélvis, vejiga, útero y dislocaciones de este órgano, son las causas más comunes.

Síntomas.—No siempre es igual el carácter del contenido del tumor; será bastante albuminoso y contendrá urea, siempre que sea reciente y no esté del todo interrumpida su comunicacion con la vejiga; si ha habido rotura de algunos capilares por la distension excéntrica, el color del contenido será más ó ménos obscuro, segun la cantidad de sangre que en él se haya derramado.

Por lo general, la hidronefrosis es unilateral, y más frecuente en el lado derecho.

No es extraño pase la afeccion desapercibida; esto sucederá cuando sin llegar á adquirir un gran desarrollo, el tumor permanece estacionado; en otras circunstancias, se presentan á nuestra consideracion todos los accidentes de la pielitis aguda.

Como signo clínico, únicamente tenemos el tumor renal fluctuante, que si alguna vez se aprecia por la region abdominal, más comun es hallarlo por la renal.

Cuando este signo se escapa á nuestro exámen, el

diagnóstico es difícil, y más en la mujer, pues la presencia del tumor nos haria pensar en los quistes del ovario.

Curso, duracion y terminacion.—Este por lo comun es lento, á ménos que se presenten los síntomas urémicos que abrevian la enfermedad, pues son los más temibles por su fatal terminacion.

Diagnóstico.—Véase el cuadro respectivo.

Pronóstico.—Siempre es grave, en cambio es afeccion poco frecuente.

Tratamiento.—Tiene que ser paliativa la medicacion, desde el momento en que no sea posible remover el obstáculo que exista para la excrecion de la orina.

Se recomienda la puncion, y no debemos rehusar el practicarla, cuando la hidronefrosis sea doble ó produzca accidentes de gravedad suma; por este medio conseguirémos disminuir la presion, por la sustraccion que hacemos del líquido; los efectos de la atrofia renal se detienen, y habrémos conseguido retardar la presentacion de síntomas siempre graves.

CAPÍTULO X.

Pielitis.

Sinonimia.—Pielo-nefritis; peri-nefritis.

Definicion.—Es la inflamacion limitada á la mucosa del bacinete del riñon; pues cuando se propaga al parénquima del mismo, se llama pielo-nefritis; y si invade el tejido celular que rodea á los riñones, se distingue con el de perinefritis.

Causas.—La pielitis se observa en todas las edades;

es comun en los hombres, pero más frecuente en la vejez; muchas veces reconoce por causa la presencia de cálculos; otras depende de una flegmasia uretral, sobre todo si ésta es producida por una blenorragia; tambien la retencion de orina, el estar ésta descompuesta, el abuso de sustancias irritantes, principalmente de determinados medicamentos, como las cantáridas, cubebas y otros, pueden llegar á motivar la flegmasia de que nos ocupamos.

Síntomas.—Ocasiones hay en que preceden accesos de cólico nefrítico, y esto parece indicar que la enfermedad es producida por la presencia de cálculos.

Cuando el carácter de la afeccion es agudo, hay dolor renal, vómitos y fiebre; cuando falta el período de agudeza, el fenómeno más constante es la poliuria, sobre todo cuando es catarral; más en la verdadera pielitis, las alteraciones que presenta la orina es lo más digno de estudio, pues hallarémos cantidad normal ó disminuida y menor densidad; la reaccion será ácida ó neutra, pues sólo será alcalina cuando esté descompuesta; contendrá alguna sangre y moco, en forma de nubécula flecosa; y mediante el reposo siempre encontrarémos sedimento de pus, constituyendo una masa blanca, que tratada por el amoniaco, da una transformacion gelatinosa, hallando además células de epitelium.

Perturbaciones digestivas, son consecuencia de esta afeccion; el enflaquecimiento subsiguiente hace que lentamente sean conducidos estos enfermos al marasmo, fiebre héctica, y la muerte sea la terminacion; pero si se dilata el bacinete determinando la atrofia, entónces la enfermedad es más larga; observarémos el tumor lumbar y faltará la alteracion de la orina, bien porque se obture el uréter, ó porque sobrevenga la atrofia total.

Si hay perinefritis (flemon perinefrítico), tendrémos ocasion de apreciar cuán violentos son los dolores, que se irradian hácia el sacro y plexo crural; nunca faltará la fiebre, si bien podrá ser intermitente; no hay alteracion en la orina, y la fluctuacion superficial nos indica la presencia del tumor; ya éste formado, segun cual sea el estado del uréter, la orina estará limpia ó será purulenta.

Curso, duracion y terminacion.—Será rápido el curso, si el carácter de la enfermedad es agudo; en la mayoría de casos no lo es, y la duracion del padecimiento estará relacionada con la marcha aguda ó crónica de la misma; pero la terminacion será tan sólo favorable, si el tumor se abre paso al exterior: no pocas veces sobreviene la muerte por abrirse interiormente, pues la infiltracion urinosa, la peritonitis, etc., son las consecuencias inmediatas: tambien la insistencia de la supuracion, conduce al enfermo á un estado consuntivo, que concluye con la vida.

Pronóstico.—Atendiendo á lo dicho, fácilmente se comprende que pocas veces será en la pielitis favorable, sólo si se trata de una pielitis catarral, ó de la producida por propagacion de una flegmasia véxico-uretral, que pronto y fácilmente se cura; pero si la pielitis es calculosa, el pronóstico será lisonjero, si es que los cálculos se arrojan ántes de producir grandes desórdenes renales; en todas las demás circunstancias, siempre será reservado, por la mucha gravedad de esta afeccion.

Tratamiento.—Si lo que existe es la forma aguda, empléense los medios ántes indicados para combatir la nefritis intersticial; pero si lo que vamos á tratar es la afeccion en su forma crónica, inquiérase primero si la litíasis es lo que la produce y sostiene, para en seguida

combatirla; si no hay que llenar tal indicacion, sigamos la misma conducta que en la nefritis aguda; procúrese sostener en lo posible la integridad de las funciones digestivas; úsense los balsámicos, dando la preferencia á la brea y á la trementina, existan ó no cálculos; recomiéndense bebidas alcalinas, y sosténganse las fuerzas de los pacientes con una alimentacion reparadora. Si alguna afeccion de las diferentes partes del aparato urinario fuese la causa de la pielitis, trátese ésta segun convenga, y procuremos facilitar la abertura exterior de los tumores y abscesos lumbares, recurriendo á cuantos medios nos aconseja la cirugía en estos casos.

CAPÍTULO XI.

Litiasis.

SINONIMIA.—Cólico nefrítico.

GÉNESIS Y ETIOLOGÍA.—Si bien algunas veces en forma de sedimento ó de arenas se hacen concreciones renales en las papilas y en los tubos rectos, la forma comun de la litíasis es que dichas concreciones sean más voluminosas, y ocupen las papilas, los cálices y más frecuentemente el bacinete. Las piedras renales que descienden á la vejiga, van aumentando por la adicion de nuevos principios que se depositan, y al cabo forman los cálculos vexicales.

Es enfermedad la litíasis del riñon, que se observa en toda edad, pero es más comun en la avanzada, como es más frecuente en el hombre; se trasmite por herencia, y la forma úrica se le ve unida en muchos casos á la gota.

No se padece igualmente en todos los países, y áun con variedad se observa en una misma region; es de suponer que condiciones climatéricas modifiquen las funciones cutáneas, y por lo tanto las combustiones orgánicas; tiene un influjo especial la higiene de los habitantes, y la clase de alimentacion á que se someten, el abuso de sustancias azoadas, de vinos generosos y espirituosos; la falta de ejercicio se considera como causa de cálculos úricos; así como la alimentacion vegetal predispondrá á concreciones de carbonato de cal, y el uso inmoderado de bebidas fermentadas ó ricas en ácido carbónico, influirán en la formacion de las de oxalato cálcico.

Aun cuando las arenas, piedras ó cálculos, están formados de diferentes elementos, los más comunes son los constituidos por uratos, no dejando de ser frecuentes los de carbonato ó fosfato de cal; son raros los que constan de cristales de hematoidina y pigmento, y alguna vez están compuestos de fosfato amónico magnésico.

La génesis de los cálculos es todavía muy obscura, pero se admite una disposicion anormal del organismo, ó sea una diatesis, para elaborar estas sustancias en exceso y su precipitacion en las vias urinarias, donde por adicion aumentan los cálculos.

Síntomas.—Ocasiones hay en que los cálculos permanecen latentes; pero otras motivan la hidronefrosis ó la pielitis; si son pequeños, con facilidad franquean el uréter; si no lo son, el enfermo ofrece á nuestro exámen un conjunto de síntomas, que constituyen lo que se llama *cólico nefrítico*.

No es lo frecuente que estalle el acceso de pronto y bruscamente; más comun es que el individuo acuse durante algun tiempo, peso y dolor en la region del ri-

ñon. Es lo general que el dolor sea obtuso y muy intenso, casi siempre unilateral, con irradiacion al muslo del mismo lado, vejiga y teste correspondiente con retraccion, exacerbándose con la presion y los movimientos. Su accion refleja se manifiesta y no tarde, por náuseas y vómitos.

En lo más intenso del ataque, notamos agitacion, palidez en el rostro, sudor, frialdad en los extremos, pequeñez y concentracion de pulso, que además está tardo; disminucion de secrecion urinaria; con esfuerzos siempre molestos, salen algunas gotas de orina, que ya proceda del lado sano ó enfermo, será clara unas veces, y otras turbia, mucosa ó sanguinolenta. En los casos más graves, la accion refleja produce tal excitacion, que sobrevienen convulsiones.

Curso, duracion y terminacion.—Casi siempre el acceso es contínuo; puede sin embargo alternar la remision con alguna exacerbacion más ó ménos violenta, calmándose tan angustioso estado cuando el cálculo se posa en la vejiga.

La duracion no es fija; desde algunas horas, puede prolongarse el acceso hasta las 24, expeliéndose crecida cantidad de orina, unas veces sóla, otras acompañada de arenas, y no pocas del cálculo.

Es muy raro que los accesos no se reproduzcan; lo corriente es que se repitan al cabo de un tiempo más ó ménos largo.

Cuando acontece lo primero, termina por la curacion; alguna vez despues de la accesos se desenvuelve la hidronefrosis; en otros casos una pielitis lenta, y no son pocas las ocasiones en que vemos sustituida la litíasis por señales claras y evidentes, que nos demuestran la presencia de uno ó más cálculos en la vejiga.

Diagnóstico.—Véase el cuadro correspondiente.

Pronóstico.—Debe hacerse reservado, por el modo como termina la enfermedad en el mayor número de casos.

Tratamiento.—Durante el acceso, la indicacion principal es mitigar el intenso dolor que los enfermos acusan, lo que se consigue con bebidas y unturas opiadas, inhalaciones clorofórmicas y baños templados, prolongados y frecuentes; bebidas aromáticas templadas y revulsivos ligeros, llenarán las principales indicaciones.

Pero en el intermedio de los accesos, es cuando debemos inquirir la naturaleza del cálculo; esto es, entónces nos interesa el diagnóstico químico. Suponiendo que las arenas nos demuestren ser úricas ú oxálicas, deberémos usar régimen azoado, cerveza, vinos alcoholizados, café, té, agua de Vichy y otras de la clase de las carbonatadas; pero si fuesen fosfáticas, el ácido clorhídrico de 10 á 15 gotas por dia, podrá conseguir reaccion ácida en el líquido, que ántes la daria alcalina; las aguas de igual naturaleza y el ácido benzóico, modifican las arenas fosfáticas, como en las úricas y oxálicas, es incontestable la eficacia de estos medicamentos; y si químicamente no puede explicarse su buen resultado en las distintas clases de cálculos, clínicamente es cierto el buen éxito que del uso de dichas sustancias se obtiene, para combatir la existencia de los cálculos, cualquiera que sea la clase á que correspondan.

CAPÍTULO XII.

Tuberculosis del riñon.—Nefritis caseosa.

En los riñones, se observan las dos formas funda-

mentales de tuberculosis que existen en el pulmon.

La tuberculosis miliar nunca está aislada; se presenta en los atacados de la granulosa, y se caracteriza por granulaciones grises ó amarillentas aisladas, que por lo comun ocupan la superficie del órgano, y tiene por punto de partida el proceso granuloso, el tejido conjuntivo intersticial.

La tuberculosis caseosa la constituye focos de caseo de más ó ménos extension, que pueden reblandecerse, determinar la ulceracion renal y formar cavernas: suele comenzar esta lesion atacando al bacinete y cálices, extendiéndose luego al espesor del órgano.

En gran número de casos no hay tuberculosis miliar en los riñones; falta la tuberculosis pulmonar; pero hay un trabajo de inflamacion crónica simple, con metamorfosis caseosa del exudado; esto es, hay una nefritis caseosa.

Los síntomas de esta nefritis son: dolores en los lomos, que pueden ó no tener irradiaciones; la orina alterada contiene moco, pus, epitelio y algunas veces sangre; tenesmo vexical, iscuria; son de gran valor la tumefaccion de los testículos y prostata; mas si por el tacto se aprecia tumor renal de superficie abollada, el diagnóstico es seguro.

CAPÍTULO XIII.

Cáncer del riñon.

Más frecuente en el hombre que en la mujer, se manifiesta sobre todo en la edad adulta y vejez, y como los demás cánceres, puede ser primitivo ó secundario.

Cuando afecta esta segunda forma, suele permanecer latente; no se presenta gran tumor, ni dolores ni alteracion en la orina. Esta carencia de síntomas da lugar á dudas, y no pocas veces reconocerémos la caquexia cancerosa, sin que hallemos la localizacion de la diatesis; pero si hay dolor, éste es lumbar ó neurálgico intercostal, sin irradiaciones, como existen en los demás padecimientos del riñon; por lo cual tendremos grandes dificultades para formar el juicio. Tan sólo serán síntomas característicos, el tumor y la alteracion de orina, unidos á la falta de fiebre y caquèxia que le es propia.

El volúmen es variable; pero si es grande, puede llegar á ocasionar accidentes como la dislocacion del hígado ó del bazo hácia adelante y arriba; por la presion que ejerce sobre los vasos renales, podrá motivar un aneurisma de la renal, dilatacion de las venas del abdómen, ascitis, edema escrotal ó de las extremidades, pero nunca encontramos la fluctuacion, como la hallamos en la pielitis con distension, ó en la hidronefrosis.

Notarémos en la orina, que alguna vez se hace sanguinolenta y aumenta su densidad, hay pus, hematuria y albuminuria.

Es lo comun que el curso de esta afeccion sea lento, pues su duracion es larga, desde algunos meses á dos años, y en ese tiempo se desarrolla la caquexia y viene el marasmo, que pone fin á la vida; sin embargo, no deja de ser frecuente sobrevenga la muerte, á consecuencia de una peritonitis ó de una uremia, segun Bright y Dittrich.

CAPÍTULO XIV.

Cistitis.

SINONIMIA.—Catarro de la vejiga.

DEFINICION.—Es la inflamacion de la mucosa vexical. Esta puede ser aguda y crónica.

Cistitis aguda.

ETIOLOGÍA—Unas veces se desarrolla por el influjo de causas externas; y otras al contrario, es producida por causas internas. Entre las primeras, merecen particular mencion el enfriamiento y el traumatismo, comprendiendo en éste el parto laborioso, el cateterismo y la prolongada permanencia de una sonda. Entre las causas internas, tenemos la propagacion de una flegmasia blenorrágica, de una rectal ó de la disentería, el uso inmoderado de sustancias irritantes, cuantas afecciones sean capaces de producir una retencion de orina, ciertas enfermedades de la médula y los tífus, también otras de importancia más secundaria.

SÍNTOMAS.—El catarro vexical agudo puede ser leve, y entónces no hay fiebre; pero sí caracterizan la enfermedad los dolores, trastornos en la emision y alteraciones en la orina; hay, pues, sensibilidad hipogástrica, dolor al expulsarse la orina, conato frecuente, inquietud y moco ó moco-pus en ella; pero cuando la cistitis aguda desde luego sea intensa, se presentará fiebre, el dolor hipogástrico es fuerte, irradiándose las más veces

al ano, periné, testes y áun extremidades; hay disuria ó iscuria y tenesmo, señales de hiperestesia vexical; la orina es escasa, contiene al principio mucosidades, despues copos mucosos purulentos, que se posan formando una capa espesa blanquizca; si la enfermedad ha sido producida por la absorcion de las cantáridas, encontrarémos además en la orina, falsas membranas, albúmina y áun alguna cantidad de sangre. Agréguese á esto que la inapetencia, sed y extreñimiento bastante comun, coincide con la fiebre, la agitacion y el miedo.

Curso, duracion y terminacion.—Es la marcha de esta forma variable, segun la causa productora; y la duracion y su fin está en razon de la causa misma.

Pronóstico.—Si la enfermedad ha sido ocasionada por el abuso de sustancias irritantes, ó por la impresion del frio, éste será favorable, como que pronto termina por resolucion; pero si la causa es de tal naturaleza, que al dar lugar á una inflamacion, es tan violenta que produce una perforacion ó la gangrena, la peritonitis súbita será prontamente mortal; y si la enfermedad se desarrolla bajo el influjo de otra, de la prostata ó de la uretra, harémos reservado el pronóstico, pues en este caso el estado crónico es el que sigue.

Tratamiento.—En la forma que describimos, son convenientes las sanguijuelas, aplicadas al hipogástrio y periné; llénese cumplidamente la indicacion principal, que consiste en diluir la orina cuanto sea posible con ligeros diuréticos, como la grama ó raiz de caña; emolientes como la altea y linaza; demulcentes como emulsion y la leche, que puede tambien constituir la base de la alimentacion, pues ésta será ligera; cálmense los dolores por el ópio y sus preparados; utilícese la accion sedante del alcanfor, sobre todo si la

causa productora há sido la cantárida, empléense aguas gaseosas, aconséjese el reposo y la quietud, y ténganse presente que el medio más eficaz es el uso de los baños templados.

Examínese despues la orina en los dias subsiguientes; pues si es normal, lo comun es se complete la curacion; pero si encontramos en ella mucosidades, es de temer pase la afeccion al estado crónico, y para precaverlo, administrémos los astringentes, y entre ellos tisanas vegetales, píldoras de acetato plúmbico cristalizado; mejor aún de ácido tánico; y la trementina recomendada desde tiempos antiguos, y hoy encomiada por Jaccoud, es un medicamento que produce indudablemente en este caso los más satisfactorios resultados.

Cistitis crónica.

Etiología.—Mucho más grave esta forma y más frecuente que la aguda, es muy comun en los ancianos, y sus causas son las mismas que dan lugar á la forma ya descrita.

Síntomas.—El dolor se marca ménos en la cistitis crónica que en la aguda, y áun suele faltar; la miccion es frecuente, pues falta la disuria y el tenesmo; la orina que al principio del cronicismo es pálida, abundante, clara, de poca densidad, ácida ó neutra, más tarde se enturbia por el moco-pus, y el precipitado que hay en el fondo del recipiente; éste es blanco, súcio, viscoso y gelatinoso, no siendo raro hallar en él sedimento de epitelium vexical: ya á esta altura, la orina es alcalina, por cuya razon exhala olor fuerte amoniacal.

Trastornos en las principales funciones, se van presentando; y al cabo, el organismo se altera profunda-

mente, como lo demuestra la inapetencia y dispepsia habitual, que en muchas ocasiones resulta de un catarro gástrico; las deyecciones albinas son irregulares; las ganas frecuentes de orinar, preocupan al paciente; el sueño se turba; su moral se afecta; progresa el adelgazamiento, y sin otra complicacion, sobreviene la muerte.

Curso, duracion y terminacion.—En general, la marcha es larga, pues si bien la cistitis crónica suele durar algunos meses, es lo comun que dure años.

En ciertos casos, la muerte se presenta siendo consecuencia de la *fiebre urinosa* de los antiguos; los escalofrios, incompleta evacuacion de orina y estado febril, indicarán el comienzo de la reabsorcion urinaria.

En alguna ocasion la presencia de abscesos, el derrame peritoneal ó la septizemia consiguiente á la alteracion pútrida de las membranas vexicales, puede producir la muerte.

Pronóstico.—Dicho se está que siempre será éste reservado por su mucha gravedad, pues indudablemente en los más de los casos, es la cistitis crónica enfermedad que pone fin á la vida.

Tratamiento.—Mucho debemos fijarnos para combatir esta forma de la enfermedad, en la causa productora de ella; ocasiones hay en que necesitamos recurrir al cateterismo.

Lo que produce mejores resultados en el tratamiento del catarro vexical crónico, es el uso de los balsámicos, dando la preferencia á la trementina, copaiba y bálsamo del Perú; como bebida usual el agua de brea: son de utilidad reconocida las aguas termales; y como debemos tener en cuenta la tendencia atónica de esta afeccion, no nos descuidarémos en aconsejar sustancias como la cerveza, el té, café; ciertos vinos, principal-

mente los tintos, tintura de quina y una alimentacion que sea capaz de contrarestar el adelgazamiento gradual que se desarrolla, por lo que ésta deberá ser sustanciosa, y bien podemos decir que casi conviene sea exclusivamente animal.

Agreguemos á este tratamiento general el local, que lo constituye las inyecciones de sustancias astringentes solubles, como el tanino, sulfato zínccico y nitrato argéntico; este último muy recomendado hoy, pero consignemos que mientras la experiencia no sancione terminantemente su utilidad, la práctica exige seamos muy circunspectos en su administracion, aconsejándolo muy diluido en agua, v. g., 6 ú 8 granos en una libra de líquido para dos inyecciones diarias, mañana y tarde; otras de sustancias balsámicas, y unturas anodinas y calmantes, en que jueguen el principal papel la belladona y los preparados de ópio, forman la base del tratamiento local.

Y como terminacion de ambos, fijémonos en la importancia de los consejos higiénicos, sobre todo en lo que pueda referirse á las bruscas vicisitudes atmósféricas, cuyo influjo es tan perjudicial á los enfermos atacados de esta dolencia.

CAPÍTULO XV.

Hematuria.

Sinonimia.—Orina con sangre.

La excrecion de sangre por la uretra, constituye una hemorragia que no deja de ser frecuente, pero que sólo es por lo comun un síntoma de tal ó cual lesion de los

riñones; algunas veces de afecciones de la vejiga, pocas de la uretra, y como caso raro, podrá proceder tambien de los uréteres.

La hemorragia renal ó nefrorragia, que es ordinariamente la más comun, queda descrita con extension en artículo aparte; y como quiera que para establecer el conveniente diagnóstico, sólo tenemos que atender al punto donde se marcan los síntomas locales, y á las causas que puedan motivar la hemorragia, pues por lo que hace al tratamiento, poca modificacion podemos introducir, nos limitamos á consignar en un cuadro sinóptico, cuanto tiene importancia para el diagnóstico diferencial de la nefrorragia, cistorragia, y uretrorragia.

CAPÍTULO XVI.

Cáncer de la vejiga.

Este se observa al empezar la vejez, y con más frecuencia en el hombre; pero como localizacion de la diatesis, es lesion muy rara.

Puede ser primitivo, lo que no es comun; y como secundario, se presenta despues del cáncer del recto en el hombre, y del cáncer del útero en la mujer.

Las formas que más de ordinario se manifiestan, son: el cáncer velloso y el encefaloides; tanto el uno como el otro suelen permanecer latentes, y al cabo de tiempo se presenta dolor vexical, signos de catarro crónico, hematuria, demacracion, y más tarde trastornos simpáticos, que nos demuestran los progresos de la enfermedad, desarrollándose por último la caquexia.

Al hacer el exámen de la orina con el microscopio,

encontrarémos en ella vestigios cancerosos, y sondando al paciente, apreciarémos fungosidades blandas, que dan sangre en la superficie vexical.

Rara vez la rotura del órgano con infiltracion ó derrame peritoneal, sino más bien los progresos de la caquexia, hacen que esta enfermedad termine constantemente por la muerte.

El tratamiento se limita á que llenemos con él indicaciones sintomáticas; éstas son: calmar los dolores, cohibir las hemorragias, asegurar la libre emision de la orina, y sostener las fuerzas, que tanto se abaten en este padecimiento.

CAPÍTULO XVII.

Neurosis de la vejiga.

Siempre difícil el estudio de las anomalías de inervacion de la vejiga de la orina, como que el fisiológico nos debe aún muchas aclaraciones sobre la inervacion de órgano tan importante, nos vemos precisados para facilitarlo en lo posible, distinguir las neurosis de la sensibilidad y de la motilidad, dividiendo las primeras en hiperestesias y anestesias; y las segundas en hiperquinesias y aquinesias.

Neurosis del sentimiento.

Hiperestesia vexical.

Este estado se caracteriza por la apremiante necesidad de orinar, aunque sea sumamente corta la cantidad

de líquido que en la vejiga exista; suele acontecer que esta excitabilidad del órgano, coincida con algun desórden en la motilidad; esto es, con una disminucion en la energía de las fibras del mismo.

Aquellos individuos que cometieran excesos genitales, sobre todo que tuvieran el asqueroso vicio de la masturbacion, son los que padecen la hiperestesia que describimos, como tambien los que hayan sufrido blenorragias repetidas, pues éstos se ven en la precision de no poder retener un cuarto de hora la orina en su receptáculo; mas en la mayoría de casos, en estos individuos, la hiperestesia se acompaña de un ligero catarro vexical.

Combatirémos las formas leves de hiperestesia, con semicupios, chorros frios, y áun los baños de mar; y las formas más graves, que siempre son las consecutivas á las blenorragias, además del tratamiento hidroterápico, en el que deben jugar un buen papel las inyecciones vexicales, usemos los balsámicos al interior, y con preferencia la copaiba á dósis crecidas.

Anestesia de la vejiga.

No es raro el ver sugetos que soportan cantidades crecidas de orina en la vejiga, sin tener ganas de excretarla, y esto no puede atribuirse á un estado morboso; pero sí se debe achacar el hábito de orinarse en la cama, ó sea la *aneuresia* nocturna, á una anestesia incompleta, ó á una disminucion en la excitabilidad de los nervios sensitivos.

Por más que este triste achaque se refiera á una parálisis de la vejiga, no encontramos más que dos explicaciones posibles para la incontinencia nocturna: ó

la sensacion sólo es de forma ordinaria, ó el sueño tan profundo, que la emision se efectúa sin despertar.

Para combatir, pues, el accidente de que nos ocupamos, se recomienda el bicarbonato sódico, y el señor Trousseau asegura obtenerse satisfactorios efectos de la belladona á corta dósis, y tanto éste como otros calmantes, producen indudablemente los mejores resultados, así como son inútiles y áun perjudiciales, cuantas sustancias ó preparados irritantes se han aconsejado para ello.

CAPÍTULO XVIII.

Neurosis del movimiento.
Hiperquinesia vexical.

Como causas de esta afeccion, ó sea del espasmo de la vejiga, admite Romberg influencias cerebrales, espinales y reflectivas.

Los síntomas se distinguen segun que la contraccion muscular interese las fibras del detrusor ó las del esfínter; cuando acontezca lo primero, hay gran necesidad de orinar, aunque sea corta la cantidad de líquido que en el depósito exista; ó bien es imposible de retener y se escapa de contínuo, *incontinencia espasmódica;* pero si las afectas de contraccion espasmódica, son las fibras musculares del esfínter, hay gran dificultad para orinar, aunque sea gota á gota, *disuria espasmódica;* y otras veces la oclusion será completa y hay retencion absoluta, *iscuria espasmódica.*

Si el espasmo ataca al detrusor y al esfínter, la situacion del enfermo es comprometida; quiere orinar y no puede, hay tenesmo rectal, temblor general, y pueden presentarse hasta convulsiones.

El diagnóstico de esta afeccion es difícil, y tan sólo despues de un minucioso exámen de la orina, y cuando por el cateterismo estemos convencidos de la carencia de cuerpos extraños, nos será permitido sospechar existe verdadera hiperquinesia vexical.

Por lo que hace al pronóstico, siempre tiene reserva, pues no deja de ofrecer el caso gravedad; y en cuanto al tratamiento, procuremos llenar la indicacion causal: tal vez convenga curar una fístula de ano, calmar alguna flegmasia crónica del útero, ó modificar la constitucion y nutricion del paciente, ó quizás abolir la excitabilidad morbosa del sistema nervioso, por un cambio en las condiciones exteriores de que se halle rodeado el individuo: durante los paroxismos, son útiles los baños bien templados, semicupios, enemas anodinas de cocimiento de valeriana ó de manzanilla; y al interior se administrará algun narcótico, dando la preferencia á las preparaciones opiadas.

Aquinesia de la vejiga.

Sinonimia.—Cistoplegía; parálisis vexical.

Unas veces vemos que en la parálisis de la vejiga se afecta el esfínter, así como otras el detrusor, y en ciertas ocasiones ambos antagonistas. No dependen de la voluntad las contracciones del detrusor, sino que se ejercen reflectivamente por la accion excitante de la orina acumulada, estando las contracciones del esfínter por el contrario, sujetas al dominio de la voluntad.

Causas.—Podemos considerar como frecuentes de la parálisis del esfínter, y rara vez del detrusor, las enfermedades orgánicas del cerebro, como tambien las febriles, que perteneciendo á la clase de las graves, trastor-

nan el ejercicio de las funciones cerebrales, y juegan un papel muy importante entre las causas de la cistoplegia, determinadas por numerosas afecciones de la médula espinal.

Síntomas.—Estos son variables, segun cual sea el sitio donde radique el mal.

Si está limitado al esfínter, la orina saldrá involuntariamente cuando la vejiga esté tan llena, que no permita á la simple tonicidad del músculo constrictor, mantener cerrado el orificio. Pero si la parálisis es del detrusor, la vejiga se distiende extraordinariamente si no se le vácia por la sonda; más si esto no se verifica, sale una parte de su contenido por la tension excesiva de la pared vexical, ó por la accion de los músculos abdominales, si éstos no participan de la parálisis.

Puede acontecer que al mismo tiempo se paralicen el esfínter y el detrusor, y en este caso la vejiga se encuentra muy distendida, porque la tonicidad del esfínter se vence más tarde que en las condiciones normales.

Pronóstico.—Desde luego se comprende la gravedad de él: ténganse en cuenta las causas que producen la parálisis vexical, y comprenderémos está subordinado al curso, duracion y término de las enfermedades que la originan, todas ellas gravísimas, y en la mayoría de casos de terminacion funesta.

Tratamiento.—Difícil será que pueda cumplirse la indicacion causal, pues hemos dicho que por lo comun la aquinesia vexical depende de una enfermedad del cerebro ó de la médula espinal.

En aquellos casos en que la parálisis proceda de una distension extraordinaria de la vejiga, debemos servirnos muchas veces de la sonda, con el objeto de evitar mayor distension, que indudablemente aumentaria la parálisis, ó bien con el de provocar contracciones del

detrusor, por la excitacion que la misma sonda produce.

Como indicacion morbosa, no olvidemos aplicar el frio en locion, enema y chorro. Y si la causa de la parálisis fuera de orígen periférico, indicadas estarán las inyecciones de agua templada primero, y despues de agua fria.

Téngase en cuenta la recomendacion que célebres prácticos hacen de las aplicaciones de electricidad y del uso continuado de la estrignina: sin rechazar nosotros tan eficaces medios, y aunque estimemos en mucho la opinion de los prácticos modernos que hoy los aconsejan, creemos debe consultarse con mucho tino y prudencia la naturaleza de la afeccion productora de la aquinesia, ántes de decidirse á poner en práctica tan activos medios, pues no podemos aún abrigar confianza de que los resultados sean completamente satisfactorios.

NEFRORRAGIA.	CISTORRAGIA.	URETRORRAGIA.
Son causas de esta hemorragia las afecciones del riñon, los cálculos y lesiones traumáticas.	Lo son ciertos estados morbosos de la vejiga, y en primer término el cáncer.	Exclusiva en el hombre; rara vez la produce una congestion, casi siempre una blenorragia ó traumatismo.
El dolor, que es obtuso y contusivo, se acompaña de calor, y se fija en la region renal.	Sensacion de peso y ardor en el hipogástrio.	El dolor es gravativo á lo largo de la uretra, y no sólo hay calor, sino comezon molesta.
La sangre sale mezclada con la orina, y por lo comun el color indica es en cantidad considerable.	Aunque está mezclada la sangre con la orina, generalmente es en menor proporcion.	Sale la sangre pura gota á gota; si refluye á la vejiga, cuando se orina, sale al principio el líquido con sangre, luego claro.
Son análogos los medios de tratamiento, pero en este caso, las aplicaciones frias se harán en la region renal.	Las aplicaciones tópicas á la vejiga y al hipogástrio.	Los tópicos al pene, la medicacion principal á combatir la causa sifilítica, si es que existe.

PIELITIS.	HIDRONEFROSIS.
Dolor unas veces espontáneo, otras á la presion y siempre intenso.	Se observa un tumor más ó ménos voluminoso, pero indolente.
Fiebre contínua ó intermitente, pero notable.	No hay fiebre.
Orina con pus, á ménos que la comunicacion esté interrumpida.	Orina normal ó con algun moco.

PIELITIS.	PERINEFRITIS.
Hay fluctuacion profunda y obscura.	Fluctuacion superficial por lo comun.
Precede casi siempre el cólico nefrítico.	No antecede el cólico nefrítico.
No hay edema en los lomos.	Existe pastosidad edematosa.
Pus en las orinas cuando la incomunicacion no es completa.	Orina sin pus.

SÉPTIMA SECCION.

Enfermedades del aparato locomotor.

CAPÍTULO I.

Exploracion.—Aunque sean muy limitadas las afecciones que comprendemos en este aparato (separándonos de la práctica establecida por muchos y célebres autores), por ser unas del dominio de la patología externa, y otras por depender de una perturbacion general de la constitucion orgánica, lo cual hace considerémos más oportuno ocuparnos de ellas en seccion determinada, estudiarémos en esta parte el reumatismo y la gota, que si bien por su causa son enfermedades generales, sus manifestaciones clínicas son exclusivas del aparato locomotor; y por la frecuencia, gravedad y rebeldía con que se presentan, exigen un conocimiento detallado de todos sus accidentes, y éste debe perfeccionarse con la exploracion que, de las alteraciones que pueda presentar el aparato locomotor, debemos hacer para esclarecer cuanto nos sea dable, el diagnóstico de las enfermedades que le son propias.

Lo primero en que nos fijarémos al hacer la exploracion, es en ver si hay hinchazon, rubicundez y calor, en aquellos puntos donde el paciente acuse dolor, que es el síntoma principal; todo ello lo apreciarémos por la palpacion, y sabrémos si los músculos son los afectados, si el sistema fibroso ó las membranas sinoviales, ó alguna otra parte de importancia. Claro es que una ligera presion nos dirá si hay tumefaccion en tal ó cual punto, si es ó no dolorosa; si el dolor corresponde á los tegumentos, músculos ó partes más profundas de las articulaciones; si existe fluctuacion ó no; si es clara ú obscura; si se exaspera el dolor por el movimiento ó presion; qué clase de sensacion se produce, pues puede ser de tirantez, cansancio, desgarro, perforacion, etcétera, y todo esto puede presentarse con más ó ménos intensidad, en un sólo punto ó en varios.

Por el tacto, observarémos si hay aumento de temperatura, su fuerza y extension: el color más ó ménos encendido que la parte afecta puede presentar, es digno de nuestro estudio; lo relacionarémos con el calor y tumefaccion; y tengamos en cuenta si esas manifestaciones locales son persistentes ó no, si se fijan en sitios determinados, si al desaparecer de unos puntos, su presencia se marca en otros, y si nos es dado inquirir qué causas puedan influir en tales cambios.

Al estudiar el dolor, no bastará que averigüemos su clase y donde radica; debemos esforzarnos en inquirir su nacimiento y curso, para saber si reside en la masa muscular, cordones ó filetes nerviosos, trayectos de vasos linfáticos ó sanguíneos, membrana sinovial ó tejidos profundos de las articulaciones.

Por último, indaguemos bien la naturaleza del dolor, y qué influencia ejercen en él la sequedad, humedad, frio ó calor, reposo ó movimiento, y otras particulari-

uso de los arsenicales y los baños arsénico-alcalinos; entre esos medicamentos, son los preferibles el yoduro potásico á dósis creciente, la tintura de yodo, tanto al interior como al exterior; el ácido arsenioso, el licor de Fowller ó el de Peharson, administrados gradualmente, y no debemos olvidar los baños de vapor trementinados. Cuando la afeccion, por haber adquirido gran incremento, da lugar á que no se obtenga resultado alguno satisfactorio de la medicacion indicada, acúdase entónces á la electrizacion metódica de las articulaciones, por medio de corrientes contínuas, único medio que en tales casos podrá ofrecer alguna confianza, de satisfactorio éxito.

CAPÍTULO IV.

Reumatismo muscular.

Definicion.—Con este nombre, que es poco exacto, se comprenden aquellas manifestaciones dolorosas reumatoideas que no ocupan las articulaciones; claro es que además de los músculos, las aponeurósis, las vainas de los vasos y nervios, las facias y el periosteo, pueden ser asiento de tales dolores.

Etiología.—Es más frecuente el reumatismo en los hombres que en las mujeres, en la edad adulta y vejez, y con preferencia se presenta en los que habitan lugares bajos y húmedos.

Si bien es cierto que en alguna ocasion se manifiesta de un modo espontáneo y sin causa apreciable, necesario es convenir que son causas constantes de esta enfermedad, como del reumatismo articular, la herencia y el enfriamiento.

Anatomía patológica.—Por lo comun no encontrarémos más clases de lesiones, que simples hiperemias y exudaciones serosas escasas; cuando la enfermedad haya obligado al individuo á estar inmóvil mucho tiempo, habrá decoloracion y atrofia muscular.

Síntomas.—Estos varían, segun sea la forma del reumatismo muscular, ya la aguda ó la crónica.

En la primera es el dolor lancinante, de constriccion ó dilacerante, que fijo unas veces en un músculo, otras ataca á un grupo de ellos, que se exaspera con los movimientos y la presion; y además, es más intenso por las noches, pues algo se mitiga por las mañanas.

No se hincha la parte afecta ni se pone roja, ni el calor excede del normal, ni hay fiebre, ni trastorno alguno notable, á no ser que los músculos afectos concurran más ó ménos directamente al desempeño de las principales funciones. En esta forma aguda, coinciden los dolores con el envaramiento y con contracturas, motivadas por la excitacion refleja de los ramillos nervioso-motores, y entónces hay trastornos funcionales de cierta consideracion.

Segun cual sea la localizacion del reumatismo, admitirémos distintas variedades: el epicraniano, el tortícolis, el lumbago, la pleurodinia; la frenalgia cuando sea acometido el diafragma; reumatismo nervioso cuando ataca á la cubierta fibrosa de los nervios, ó sea al neurilema; visceral cuando se interese la cubierta fibrosa de los órganos contenidos en las cavidades esplénicas, y otras variedades de más escaso interés.

En la forma crónica hay dos tipos, el uno está constituido por la persistencia del reumatismo en uno ó muchos músculos, y el otro consiste en accesos subagudos, cuyo sitio varía frecuentemente, y cuyos intervalos son más ó ménos duraderos.

Pero es necesario nos fijemos en otros síntomas, que, unidos á los locales mencionados, constituyen el cuadro de la gota aguda normal; forma, si bien no la más frecuente, sí la más insoportable, y que en muchos casos conduce á la gota crónica.

La orina, mientras persiste el acceso, tambien puede ofrecer los caractéres de la febril; las más veces es abundante y sin color; no hay alteracion en las funciones digestivas, á ménos que el ataque se prolongue algunos dias, que entónces se pierde el apetito, la lengua se pone crapulosa y hay extreñimiento. Se conocerá que el ataque termina cuando se acorten los accesos, sean ménos fuertes, desaparezcan la tumefaccion y el enrojecimiento, y se reemplace por una ligera descamacion epidérmica.

Hemos dicho que empieza la enfermedad por la manifestacion en el dedo grueso de un sólo pie, y eso es lo comun, pues rara vez son atacados los dos dedos gruesos; pero puede presentarse por los tobillos ó comenzar por la garganta del pie, y rarísima vez por las rodillas.

Cuando la gota, tanto aguda como crónica, se extiende despues de varios ataques, va invadiendo otras articulaciones.

Caso excepcional será que el ataque de gota sea único; éstos se repiten con más ó ménos frecuencia, segun las condiciones del individuo; pero no es extraño que se padezca uno ó dos ataques por año y en la misma época.

Forma crónica de la gota normal: Como queda dicho, ésta casi siempre es consecutiva á la aguda, diferenciándose de ésta en que los ataques son ménos fuertes, casi constantemente apirécticos; su duracion guarda proporcion con su intensidad, pues son más

largos cuanto ménos violentos; los intervalos son más cortos, y el individuo no queda bueno, sino gotoso. Por consiguiente, persiste envaramiento en las articulaciones, sensibilidad molesta, torpeza en los movimientos, y esto depende de que los depósitos de uratos invaden los ligamentos y los tejidos peri-articulares; se forman *tofos*, las articulaciones se deforman, la prehension se dificulta, la locomocion se entorpece, y el individuo va lentamente conduciéndose á un estado de flaqueza alarmante.

La gota crónica, como enfermedad de larga duracion, puede ocasionar tal alteracion general en el organismo que constituya una caquexia, período último de la gota; pues no es lo comun que produzca la muerte, á ménos que se presente una complicacion, y son numerosas las que pueden ofrecerse, y entónces el enfermo sucumbe por la complicacion misma, ó por alguna enfermedad intercurrente. Como complicaciones importantes, tenemos la litíasis renal, la nefritis parenquimatosa, la esclerósis del hígado, el asma y sus consecuencias; ciertas afecciones pulmonares y cardiacas, entre éstas la degeneracion grasosa, lesiones valvulares y reblandecimiento del cerebro ó de la médula.

Gota anormal: Se caracteriza por perturbacion refleja, por fluxion cutánea ó visceral; éstas reemplazan por un tiempo más ó ménos largo las fluxiones articulares de la gota normal, y esta forma lo mismo pertenece á la normal aguda que á la crónica.

Hay alguna variedad en el modo de presentarse: unas veces desaparecen los síntomas articulares de pronto en el curso de un ataque, y son sustituidos por fluxion intestinal disentérica, ó por un acceso de asma, de esternalgia, cardialgia, etc.; ésta es la verdadera gota *metastática;* pero en otras ocasiones, dado un indi-

viduo que padezca gota aguda ó crónica, á falta de un ataque de la enfermedad, se presenta uno de los fenómenos de la metastática, diferenciándose de ésta en que el fenómeno visceral se verifica por compensacion del ataque articular que falta; por eso esta variedad puede llamarse *alternante;* y dirémos gota *larvada*, cuando en un sugeto que posea los atributos de la constitucion gotosa, no ha experimentado jamás síntomas articulares, pero sí padece accesos de asma, de jaqueca ó algun fenómeno visceral ó cutáneo; esta forma es rara, y el mismo Jaccoud asegura que sólo podemos considerarla como hipotética hasta cierto punto; mas debe utilizarse esta idea para la terapéutica, así como no debemos olvidar que las formas anormales metastática y alternante, no sólo son molestas y graves, sino que si la sustitucion ó el retroceso se efectúa al corazon ó al cerebro, la muerte rápida es en general la consecuencia.

Curso, duracion y terminacion.—Tiene esta enfermedad accesos más ó ménos intensos, remisiones más ó ménos duraderas; su curso es, pues, variable, pero siempre largo é insidioso; no termina por muerte, pero ésta sobreviene por alguna complicacion ó presencia de otra enfermedad, casos que en verdad no son raros.

Pronóstico.—En la mayoría de ellos es reservado; grave si hay alguna afeccion intercurrente; gravísimo si se presenta complicacion de las ya referidas, y mortal si la caquexia ha llegado á su más alto grado.

Tratamiento.—Éste es distinto, segun el período de la enfermedad; por lo tanto debemos ocuparnos de lo que debe hacerse para combatir la afeccion gotosa, qué medios debemos aconsejar cuando la gota esté declarada, y qué tratamiento es el más eficaz para combatir un ataque agudo de esta afeccion.

La disposicion gotosa exige principalmente un tratamiento higiénico, alimentacion sóbria y ordenada, prefiriendo la vegetal á la animal, debiendo excluir de ésta la caza, los crustáceos y el pescado de mar; convienen los vinos ligeros blancos, la cerveza suave, y en primavera el suero de leche; el uso del agua bicarbonatada sódica será útil, pues sabemos la accion de los alcalinos en la orina, lo que nos autoriza á creer dificulte su uso la formacion de ácido úrico. Además, el activar las funciones cutáneas, y el disfrutar temporadas en el campo, haciendo ejercicios físicos, serán los medios más recomendables para combatir la predisposicion gotosa.

Cuando la gota está declarada, es indispensable conocer bien la enfermedad y la constitucion del enfermo, para ajustar á ello las indicaciones terapéuticas. Los desórdenes articulares que se observan de los ataques de gota, se combaten satisfactoriamente con las aguas cloruradas sódicas, que se darán en bebidas y en baños; Garrod encomia la eficacia del carbonato de litina para la gota crónica y la discrasia úrica, medicamento que administra disuelto en agua y á la dósis de 5 á 20 granos por dia (de medio á un gramo): su virtud se funda en el poder que tiene disolvente, pues evita la formacion de depósitos de uratos, y disminuye la frecuencia de los accesos. No encontramos inconveniente alguno en la administracion de esta sustancia, y por lo tanto generalizamos el recomendarla, ya que en los casos que la hemos empleado, ha correspondido con resultados satisfactorios.

En un ataque agudo, si la duracion es corta, conviene cubrir la parte afecta con franela ó lana, aplicando unturas narcóticas. Pero si el acceso no sólo es intenso sino duradero, debemos emplear el cólchico, medica-

mento muy recomendado por distinguidos prácticos, y cuya decantada eficacia, sólo hemos podido comprobar cuando coincide la intensidad con la duracion: se administra empezando por corta dósis, y se prefiere entre sus preparados el extracto de las semillas, la tintura y el vino: éste se dará á la dósis de dos á tres onzas por dia; la tintura se empieza por 10 ó 12 gotas en una infusion diaforética aromática, y se asciende hasta 40 ó 50 gotas diarias; el extracto, si bien suele administrarse en píldoras á la dósis de 20 á 40 centígramos, ó sea de 4 á 8 granos por dia, siendo su uso continuado, recomendamos se asocie en la cantidad expresada, con igual dósis de quinina, y mitad de digital en polvo, confeccionándose píldoras que se usarán en esa dósis por espacio de cuatro á seis dias; medicacion que nos ha dado en más de un caso buen resultado.

Por último, tenemos que fijarnos mucho en las formas metastática y alternante de la gota anormal, para no limitarnos á la medicacion sintomática; indispensable es entónces obrar con prontitud y energía; provoquémos la explosion de la gota articular, con aplicaciones repetidas de sustancias irritantes, pues las articulaciones son siempre el sitio de eleccion de las fluxiones gotosas.

CUADROS SINÓPTICOS DEL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.

REUMATISMO ARTICULAR AGUDO.

Es frecuente en la clase pobre.

Prefiere en su manifestacion las grandes articulaciones.

Es lo general se presente en edad poco avanzada.

Tiene exacerbaciones y remisiones irregulares.

Sólo una, dos ó tres veces se padece, y cada ataque es más violento.

El calor y la rubicundez es poco intensa, y no hay dilatacion en las venas próximas.

No hay sudor local, y si se presenta, no es como término de la enfermedad.

GOTA AGUDA.

Es comun en los ricos.

Afecta á las pequeñas articulaciones.

Da la preferencia á la vejez.

Los ataques son constituidos por accesos cuotidianos.

Es afeccion que se reproduce con frecuencia, pero los primeros accesos son más agudos.

No sólo es vivo el calor y tumefaccion, sino que se hinchan las venas inmediatas.

Finaliza el ataque con sudor local.

REUMATISMO ARTICULAR CRÓNICO.	GOTA CRÓNICA.
No respeta sexo ni edad; al ménos no prefiere la vejez.	Prefiere el sexo masculino, la edad madura y la vejez.
Al atacar las grandes articulaciones, no es comun se repitan los ataques reumáticos, y si sucede, no es con frecuencia.	Toma asiento en las pequeñas articulaciones, reproduciéndose los accesos con marcada frecuencia.
Se deforman las articulaciones atacadas, pero no se manifiesta en ellas concreciones tofáceas.	No produce deformacion notable en las articulaciones afectas, pero sí se presentan en ellas concreciones tofáceas.

REUMATISMO MUSCULAR AGUDO.	NEURALGIA.
El dolor ocupa gran extension.	El dolor está limitado y reducido á pequeño espacio.
Los puntos dolorosos se fijan sobre todo en las ataduras de los músculos.	El trayecto de los nervios fija el sitio dolorido.
La contraccion del músculo motiva un sufrimiento mayor en proporcion que los demás dolores provocados ó espontáneos.	Casi siempre se observa lo contrario en los casos de neuralgia.
Movimiento febril y presencia de síntomas simpáticos generales.	Carencia de fiebre y cortejo de síntomas, que indiquen trastorno en los principales aparatos de la economía.

SECCION OCTAVA.

Enfermedades del aparato de innervacion.

CAPÍTULO I.

Exploracion.—Para continuar, segun el órden que nos propusimos al comenzar este pequeño trabajo, debemos dar algunas nociones acerca de la manera como pueden recogerse por medio de una atenta observacion, los distintos y variados fenómenos que nos ofrecen los individuos afectos de lesiones orgánicas encefálicas.

Aparato complexo por demás, ha sido el objeto de todos los sabios observadores el estudio de los distintos órganos que, encerrados en una caja huesosa, componen parte de nuestro sistema nervioso.

La gran importancia fisiológica, y el sin número de funciones que desempeñan, hace que tengan una actividad funcional constante y vasta; de aquí que sobrevenga sin gran esfuerzo, por causas muchas veces desconocidas, cualquier estado morboso que compromete muy en breve la integridad de este conjunto de órganos.

Cuestion difícil, si no imposible, es querer abarcar de una sóla mirada, la enfermedad que tenemos ante nuestra vista; pues estando por una parte tan poco accesible á una observacion directa, y por otra siendo su modo de funcionar un arcano científico, nuestros sentidos quedan algunos sin accion: aquí no podemos como acontece en la region precordial, percutir y auscultar, ni hallar nada por la palpacion, y en muchos casos ni áun por medio de la vista.

Tenemos que hacer el diagnóstico en muchas ocasiones, atendiendo á todos los fenómenos generales que nos presentan los enfermos; llegar á remontarnos al estudio de sus antecedentes, para esclarecer con precision suma la enfermedad; no faltando casos en que á pesar de estos minuciosos estudios, quede el práctico perplejo ante afectos cuyos síntomas tienen gran analogía. Esto acontece, por ejemplo, entre la hiperemia cefálica y el *delirium tremens*, esclareciendo la confusion que nos presenta esta igualdad sintomática, el conocimiento de los hábitos del individuo: otro tanto sucede con la misma hiperemia y la anemia cerebral, cuyos fenómenos son idénticos, y necesario se hace buscar el medio de diagnóstico, con gran precision de estas dos entidades morbosas tan diversas, hallándolo únicamente en la constitucion del sugeto y en la causa próxima que dió lugar al accidente, y no en la exploracion directa.

Como comprobacion de lo manifestado, tenemos que el estado febril puede llegar á ser un medio que nos ayude en nuestra empresa; pues sabido es que no existe ni en la hiperemia, ni en la anemia, ni en muchas lesiones funcionales primitivas; y sí constantemente en todas las inflamaciones agudas, ó en las lesiones antedichas cuando son sintomáticas, ó el trabajo patológico va á traspasar sus límites.

Recientemente, los trabajos de los patólogos contemporáneos, han venido á esclarecer el estudio de estas lesiones tan complicadas y de tanta trascendencia.

Al descubrimiento del oftalmoscopio en 1851, por M. Helmholtz, debe hoy la exploracion cefálica grandes adelantos.

El Dr. Bruchut ha sido uno de los primeros en estudiar y dar á conocer sus profundas observaciones, desarrollando así el elemento físico de las enfermedades del sistema nervioso.

Compréndese fácilmente, que el disco óptico sufra modificaciones á causa de la perturbacion que haya en la sustancia de este sistema, por la estructura y continuidad de ambos tejidos; y hé aquí donde funda sus observaciones el eminente práctico.

Reasume sus trabajos en las proposiciones siguientes:

1.° Obsérvase la neuritis del nervio óptico, la neuroretinitis, la coroiditis y la atrofia del disco, en el mayor número de casos de afecciones agudas y crónicas del cerebro y de la médula.

2.° La ley de coincidencia de la neuritis óptica y de las lesiones orgánicas del sistema nervioso, pueden explicarse por las relaciones anátomo-fisiológicas del ojo con el cerebro y la médula.

3.° Cada vez que un entorpecimiento real consecutivo á una lesion del cerebro ó de la médula, llega á la circulacion cerebral, se produce una hiperemia papilar retiniana.

4.° Cuando existe una inflamacion aguda ó crónica del cerebro, puede comunicarse al ojo, siguiendo el trayecto del nervio óptico.

5.° Las afecciones de los haces anteriores de la médula, pueden, á causa de las relaciones de éstos con el simpático al nivel de los dos pares dorsales, provocar

la hipertrofia papilar, con atrofia consecutiva del nervio óptico.

6.° Las neuritis ópticas y las neuro-retinitis que provienen de lesiones del sistema nervioso, son generalmente bilaterales.

7.° En las afecciones del cerebro y de sus meninges, la neuritis óptica está generalmente más desarrollada en el ojo que corresponde al hemisferio principalmente interesado.

8.° Las modificaciones que tienen lugar en el disco óptico y la retina, concomitantes á los desórdenes de motilidad, de sensibilidad y de inteligencia, son siempre el signo de una lesion orgánica del cerebro.

Vemos, por tanto, además, que este medio no puede servir para ir más allá del cerebro, y buscar lesiones que toman su asiento mucho más lejos; tal acontece, como verémos, en el estudio de la ataxia locomotriz progresiva.

Todas estas modificaciones del interior del ojo, vienen en muchos casos á ser el primer signo del mal existente.

Por último, para terminar diremos, que el único medio que nos queda para precisar las lesiones funcionales, muy en particular el punto fijo que ocupan, únicamente lo tendremos en el estudio de las consideraciones que siguen, de gran interés en la exploracion, para diagnosticar las enfermedades del encéfalo.

Consideraciones sobre el diagnóstico de las afecciones del cerebro.

Gracias á las últimas investigaciones modernas, el estudio anatómico y fisiológico del modo de ser del sis-

tema nervioso, nos da alguna luz para localizar, siquiera sea á grandes rasgos, el sitio donde se encuentran las lesiones encefálicas.

Sabido es que los tálamos ópticos y los cuerpos estriados, llenan un papel tan importante en las funciones del encéfalo, que son los centros intermedios, el aparato de conjuncion del cerebro propiamente dicho, de la porcion cefálica medular y del aparato cerebeloso.

Hoy poseemos sin duda alguna, datos bastantes precisos para determinar no sólo la fibra, que partiendo de un punto concurre á formar este aparato, sino tambien para fijar casi su nacimiento y direccion, tal vez las funciones que desempeña. Mas desgraciadamente, si el anatómico y el fisiólogo manejan la fibra nerviosa con una exactitud sorprendente, al patólogo no le es dado todavía aislar el tubo enfermo, el tubo que padece; conténtase sólo con apoderarse de extensas porciones, para ver si están lesionadas ó no. Así es, que el diagnóstico, que marcha con paso más tardo sin poder realizar tantas conquistas científicas, se fija primeramente sólo en tres puntos:

1.° ¿Padece el cerebro propiamente tal?

2.° ¿Será el aparato de conjuncion?

3.° ¿La porcion cefálica del aparato espinal, estará afecta?

Penetremos, aunque sea someramente, en dilucidar estos tres puntos, que constituyen la base del diagnóstico topográfico de las lesiones de que nos vamos á ocupar.

El cerebro en sí, sin contar las fibras nerviosas que partiendo de otros puntos forma parte de su trama, se encuentra destinado á la ideacion, sobre todo en la cervical. Nos preguntamos: ¿Siempre que está pervertida la inteligencia, habrá lesion cerebral profunda?

Categóricamente decimos que no. Las funciones, por más que al parecer estén abolidas, puede suceder que en sí no lo estén, sino que por alteracion de los nervios trasmisores, su órgano elaborador no pueda hacerlas ostensibles; por esta razon solo decimos que la sustancia cerebral no se necesita que padezca, para que á un exámen ligero nos atrevamos á figurarnos esto, por sólo el trastorno en las ideas.

Dos consecuencias pueden nacer de lo expuesto: 1.ª Afectará la enfermedad el aparato estriado ó el espinal, siempre y cuando no haya perversion intelectual, y sí lesiones de sensibilidad y movimiento. 2.ª No es cierto que en todo caso que haya trastornos en la inteligencia, hay lesion propia del cerebro.

La primera deduccion es palmaria, teniendo presente que la lesion del tejido cerebral entraña fenómenos intelectuales; de consiguiente, al no presentarse éstos, el cerebro está normal.

La segunda consecuencia se funda en que puede estar íntegra la verdadera sustancia encefálica, coexistiendo alteracion en los medios trasmisores, y de consiguiente haber en las manifestaciones intelectuales, una modificacion independiente de que el órgano principal funcione tal cual debe.

Bien podia sentarse el siguiente corolario. Al existir fenómenos de ideacion, unidos á los de sensibilidad y movimiento, si los primeros se retardan en presentarse, es muy probable que el cerebro no haya padecido desde un principio, sino que por el contrario, la lesion principal que aparenta tener el encéfalo, ha sido dependiente de una alteracion del aparato estriado, que ha imposibilitado las porciones periféricas, y de consiguiente, las manifestaciones intelectuales normales.

Si, por el contrario, la ideacion antecede al otro grupo de síntomas, se desprende que la sustancia gris encefálica es la que padece.

El Sr. Jaccoud, para esclarecer más los desórdenes intelectuales, dice que la debilitacion ó abolicion de la memoria, es uno de los síntomas más preciosos para diagnosticar la alteracion de la capa gris, pero áun llega más allá este célebre patólogo al ocuparse de esto, conforme sin duda alguna con lo expuesto por el señor Trousseau, cuando sienta que la amnesia verbal, es decir, el olvido de las palabras, nos indica que el lóbulo anterior está sujeto á una afeccion de su sustancia gris.

Áun todavía se quiere localizar bajo otro punto de vista el sitio de las lesiones encefálicas. Se nos habla de cerebritis de la cara cóncava, y cerebritis de la cara convexa; esto puede considerarse como lujo de diagnóstico, pues no sólo no tiene importancia práctica, sino que tampoco la ciencia hoy se atreve á disociar las fibras que serpeando en la base, se confunden con el aparato de conjuncion.

Habiendo razonado algo sobre los desórdenes intelectuales propiamente dichos, considerándolos como un buen elemento de diagnóstico, pasemos ahora á los síntomas de sensibilidad, extendiendo ya nuestras apreciaciones, no sólo sobre los órganos que contiéne la cavidad craniana, sino tambien al aparato nervioso que se aloja en la sucesion de las vértebras.

La sensibilidad, para que sea perfecta, envuelve no sólo el fenómeno sensible, sino la percepcion, el reconocimiento, la conciencia de este fenómeno. De esto se deduce, que hay falta completa de sensibilidad y fenómenos sensibles sin percepcion de él; es decir, que para apreciar esta facultad, tenemos que fijarnos muy mucho, si hay abolicion de la impresion material, con

conciencia de que un objeto ha podido determinar una sensacion, ó bien impresion bruta sin conciencia de ella, ó de sensibilidad é inteligencia.

Una vez que conocemos, por lo anteriormente dicho, y por los datos que nos suministra la fisiología, que el cerebro en su porcion cortical sirve de instrumento á la ideacion en sus porciones estriadas, á esta misma en la sensibilidad y al movimiento, y que la médula á la sensibilidad y al movimiento, sólo podrémos sentar los principios siguientes: 1.° Siempre que hay insensibilidad completa en una region, si no hay actos reflejos, la lesion ocupa la porcion medular correspondiente. 2.° Por el contrario, en igual caso habiendo actos reflejos, decimos que la médula raquidiana no padece, debiendo existir la alteracion desde la porcion craneal inclusive hácia arriba. 3.° Si la sensibilidad existe, pero no puede apreciarse tal como es, no refiriéndola á un sitio determinado, ni dándose cuenta de su naturaleza, la lesion ocupa sin duda alguna una parte más allá de la protuberancia, esto es, será verdaderamente encefálica.

Como que los actos reflejos hemos dicho que son medios bastantes necesarios para el diagnóstico de que se trata, el Sr. Jaccoud establece los principales fenómenos reflejos siguientes: 1.° El nervio olfativo, con el neumogástrico y espinal, producen estornudos con impresiones dolorosas. 2.° El óptico con el motor-ocular comun, estrecha la pupila por impresion luminosa. 3.° El trigémino con el facial, el guiño por excitacion de la conjuntiva y de los músculos de la cara. 4.° El trigémino con el gloso-faríngeo é hipo-gloso, deglucion por excitacion de la mucosa palatina ó pituitaria. 5.° El auditivo con raiz motriz del trigémino, rechinamiento de dientes que molesta el oido. 6.° Auditivo

con facial, movimientos de los músculos intrínsecos de la oreja. 7.° Auditivo con nervios cutáneos, fenómenos de la piel de gallina con excitacion penosa de oido. 8.° Gloso-faríngeo con facial, secrecion salival por impresion sápida en la base de la lengua.

Una vez sabido esto, y conocido por fisiología que el acto reflejo resulta de la impresion inconsciente que, trasmitida por el nervio sensitivo al orígen del motor, conmoviendo ó reaccionando sobre las células nerviosas que le rodea, la conmuta en una corriente motora, podemos establecer con relacion á los nervios craneales, las siguientes deducciones que aclaren la porcion del nervio afecto. 1.° En las parálisis craneanas, si se conservan los movimientos anatómicos, la porcion lesionada del nervio es la central. 2.° Si se pierden éstos, la porcion lesionada es la periférica. En el primer caso, el cerebro sólo padece; en el segundo, el meso-céfalo ó el cordon nervioso.

Para terminar dirémos, que fijándonos en la teoría de Louis, ó mejor dicho, en el detenido estudio que de la textura nerviosa hace, hablándonos de las fibras convergentes superiores é inferiores, una vez dado segun este anatómico, que hay fibras que, naciendo de un hemisferio pasan al otro, y así establecen comunicacion entre ambos, tenemos que considerar á los fenómenos de sensibilidad dependientes del encéfalo, producto de una alteracion que ya reside en el lado opuesto ó en aquel en que se presenta.

Dígase en conclusion, que cuando hay abolicion de la actividad refleja, la lesion corresponde al lado de la anestesia.

Habiendo dicho dos palabras sobre la sensibilidad, digamos algo sobre el movimiento, la falta de éste, parálisis motriz aquinésica.

Para que se pudiera estudiar convenientemente, debiera distinguirse si dependia de insuficiencia cerebral ó del aparato opto-estriado, ó espinal superior; esto en absoluto es imposible hoy, en el estado actual de nuestros conocimientos; séanos lícito decir lo que sigue:

En el cerebro, las fibras longitudinales que forman la mayor parte de la sustancia blanca, tienen participacion tanto en el movimiento como en la sensibilidad. Ahora bien, con relacion á estos dos fenómenos, dado que exista la enfermedad en el aparato opto-estriado, únicamente sentamos que los pedúnculos cerebrales son los que actúan más en el órden motriz; y tanto es así, que segun las últimas investigaciones de la textura encéfalo-medular, sacamos por consecuencia que las alteraciones de los cuerpos estriados y de los pedúnculos cerebrales á su nivel, se relacionan con las parálisis de movimientos, miéntras que las que se limitan sólo á las capas ópticas con integridad de los pedúnculos, determinan parálisis de sensibilidad. Tal fenómeno acontece porque los cuerpos estriados reciben el mayor número de fibras del sistema espinal anterior, constituyendo además ésta la parte superficial de los pedúnculos cerebrales y las capas ópticas; segun Louis, reciben fibras sólo del sistema posterior ó sea el sensible. Siguiendo en el estudio del movimiento, nos encontramos con la hemiplegia, la cual nunca puede ser producida por simple lesion de alguno de los órganos que componen el aparato espinal superior, sino por aquellos, como hemos dicho ántes, que están encargados de la transmision motriz. Si esto no sucede y sólo se afectan las partes que tengan alguna relacion con dichos órganos, viene una hemiplegia incompleta. Pero áun hay más; si bien la verdadera pérdida del movimiento está vinculada en los órganos antedichos, al

afectarse sólo los lóbulos cerebelosos, pueden muy bien ocasionar un fenómeno caracterizado, no por la imposibilidad absoluta de verificar movimiento alguno, sino por un desquilibro, por un desnivel; en una palabra, por una falta de coordinacion de éste, que le impide al enfermo la locomocion regular y persistente, la estacion vertical, etc. Esto se denomina trepidacion ó ataxia cerebelosa.

Para finalizar este capítulo importantísimo, siguiendo el órden del distinguido patólogo Sr. Jaccoud, que difunde gran luz sobre esta materia, mal tratada por la mayoría de los clásicos, dirémos que hay un fenómeno de mecanismo complexo y de orígen psíquico, que es la palabra; palabra que puede abolirse por distintas causas dignas de estudiarse. Una vez el yo, creando la idea transmisible, necesita un órgano que la materialice; otros, apoderándose de ella la transmiten, para que sea capaz de expresarse, y otros elementos, por último, que activen, que den movimiento á un conjunto de órganos que posesionados del aire espirado, le haga producir sonidos, module éstos, creando en término final la palabra, manifestacion de la idea.

Raciocinio tan ligero hace brotar tres causas distintas de la supresion de la palabra.

1.ª Por falta de ideacion (annesia verbal), los órganos lesionados en este caso, son los lóbulos anteriores del cerebro.

2.ª Por falta de transmision (logo-plegia), coexiste con lesiones de la protuberancia, pedúnculos cerebrales ó cuerpos estriados.

3.ª Por falta de ejecucion (gloso-plegia), reconoce por causa la alteracion del bulbo y aparato olivar, algunas veces la porcion cerebral del aparato motor y otras.

CAPÍTULO II.

Enfermedades del cerebro y sus membranas. Hiperemia meningo-cerebral.

El estado hiperémico puede ser activo y pasivo, viniendo á constituir la hiperemia fluxionaria y por estancacion sanguínea, nombres con que la distinguian los antiguos.

Etiología.—Son causas de la hiperemia activa ó fluxionaria meningo-cerebral, cuanto pueda aumentar la actividad funcional del corazon, todo lo que sea capaz de disminuir la resistencia de los vasos que llevan la sangre al cerebro, el aumento de presion sanguínea en el interior de la carótida, por un obstáculo al curso de la sangre de la aorta; tambien puede producirse, no sólo la hiperemia activa, sino la parálisis de los nervios vaso-motores de los vasos cerebrales, por emociones fuertes, por abuso de los alcohólicos, por una gran tension cerebral, y áun por la atrofia del mismo órgano.

Lo son de la hiperemia pasiva ó por estancacion meningo-cerebral, la compresion de las venas yugulares y de la cava superior; los movimientos enérgicos de espiracion cuando hay estrechamiento en la glótis; todas aquellas enfermedades del corazon que sean capaces de debilitar sus funciones; la compresion ú obliteracion de vasos pulmonares, y áun el estado pletórico temporal, cuando es provocado por exceso en comida ó bebida; habiendo alguna otra de más escaso interés.

Anatomía patológica.—Muy difícil es decidir si du-

rante la vida, los vasos de las meninges cerebrales han contenido mucha sangre; pues no porque al abrir la cavidad craniana encontremos congestionados los vasos, podemos atribuirlo al estado hiperémico: voluminosos son los que serpean por la superficie del cerebro y son venosos, y cuando el individuo muere de enfermedad aguda, no debemos extrañar la turgencia que las venas ofrecen; pues á más de ser éste el estado normal de las mismas, no ha habido tiempo de que se consuma cantidad de sangre; téngase tambien en cuenta, que la muerte puede haberse producido por sofocacion, por un envenenamiento rápido, ó por algun otro accidente que no ocasiona pérdida de sangre.

Siempre es, pues, dudoso fundarse en la ingurgitacion de las venas, para creer que durante la vida existiese estado hiperémico.

Por lo tanto, podemos considerar que sólo cuando los más pequeños vasos se hayan inyectados, y la turgencia de los que se ramifican en las meninges están en desproporcion con lo que se observa en los demás órganos, creerémos fundadamente en la existencia de la hiperemia meningo-cerebral. Si las hiperemias han sido repetidas, hay atrofia del cerebro y dilatacion en los vasos, tanto meníngeos como cerebrales.

Síntomas.—La hiperemia se caracteriza, no sólo por síntomas de excitabilidad aumentada de las fibras nerviosas, fenómenos de irritacion, sino tambien por signos de excitabilidad disminuida ó extinguida, fenómenos de depresion.

Entre los fenómenos de irritacion de la esfera de la sensibilidad, tenemos la cefalalgia, que hace teman los atacados la accion de la luz, el más ligero ruido, ó la más leve impresion tactil. De la excitacion morbosa de los centros nerviosos, dimanan los deslumbramien-

tos, zumbido de oidos, hormigueo, dolores vagos y demás, no ocasionados por irritaciones periféricas.

En la esfera de la motilidad hay fenómenos de irritacion, como agitacion física, estremecimiento, rechinar de dientes, gritos, movimientos automáticos, espasmos musculares aislados, y áun convulsiones generales.

Entre los fenómenos irritatorios de las funciones morales, podemos incluir la versatilidad de las ideas, las alucinaciones é ilusiones, y el vértigo, síntoma de los más frecuentes en las hiperemias del cerebro; y á los de una excitacion exagerada de los órganos que presiden las funciones morales, referirémos el insomnio y el sueño perturbado por frecuentes pesadillas.

Pero dijimos que á más de los fenómenos de excitabilidad aumentada ó de irritacion, los habia de depresion, esto es, de excitabilidad disminuida; y como aquellos, pueden referirse á la sensibilidad, motilidad y funciones morales.

Hallarémos entre los pertenecientes á la sensibilidad, indiferencia á una luz intensa, ó á un ruido fuerte, etc.; hay anestesia incompleta, que á veces se tiene tan perfecta, que ni sienten los enfermos las más violentas irritaciones; está abolida la excitabilidad del cerebro, que tiene, sin embargo, conciencia de las impresiones exteriores.

Por lo que hace á la motilidad, consisten sus fenómenos en lentitud y pereza para ejercer toda clase de movimientos, llegando á la imposibilidad completa, ó sea la parálisis cerebral.

Y por último, en la esfera de las funciones morales observarémos la apatía, la indiferencia y el retraso en los actos del entendimiento, tendencia al sueño, y llega éste á ser tan profundo, que en su más alto grado produce el completo aniquilamiento en las facultades intelectuales.

En la hiperemia meningo-cerebral de los niños, nótese siempre que predominan los síntomas referentes á la motilidad, y que tiene esta enfermedad mucha analogía con una afeccion harto frecuente en esa edad, la meningitis.

Hay una forma de hiperemia, en que los fenómenos que relucen se refieren á las funciones morales ó psíquicas, y entónces es confundible esta afeccion con la melancolía ó la manía, y hay individuos en quienes predominan los desórdenes psíquicos y tienen accesos de delirio maniaco, lo cual no deja de ser comun en los que han abusado de los alcohólicos.

Como complemento de la sintomatología, consignemos que alguna vez se presentan fenómenos generales de depresion y de parálisis, que aparecen repentinamente, ofrecen gran semejanza con la apoplegía cerebral, y hacen muy difícil distinguir estos dos estados.

Pronóstico.—La prudencia aconseja que en todo caso hagamos éste reservado, bien sea la hiperemia activa ó pasiva, ó se presente como repeticion, pues entónces compromete más el éxito; así es que nos fijarémos tambien en las complicaciones que pueden sobrevenir, y en las alteraciones que son consiguientes, para seguir tan arreglada conducta.

Tratamiento.—En la hiperemia activa, habrá necesidad en muchos casos de emplear evacuaciones generales y locales de sangre, aplicaciones frias á la cabeza, revulsivos al canal intestinal y derivaciones á la piel: unas veces serán precisos todos estos medios, otras sólo alguno de ellos; pero siempre lo primero y principal es inquirir qué causa pueda haber producido la hiperemia, para llenar cuanto sea posible la indicacion morbosa.

Si amagan accidentes peligrosos provocados por la

accion fuerte del corazon, y una disminucion de la fuerza de resistencia de los vasos del cerebro, producen un aflujo en este órgano, la sangría general es precisa, como cuando se trate de una fluxion colateral hácia el cerebro, será indispensable quitar los obstáculos á la circulacion, los cuales aumentan la presion carotídea; entónces las enemas purgantes y los laxantes repetidos darán satisfactorios resultados.

Si la hiperemia se debe al abuso de alcohólicos ó de sustancias narcóticas, nada aguardemos de la sangría; hagánse en este caso aplicaciones de hielo ó de mezclas frigoríficas á la cabeza, y empleénse derivativos intestinales y cutáneos. Pero si es producida por una estancacion sanguínea, esto es, si fuese pasiva, prudentemente debemos recomendar las emisiones sanguíneas locales, como alguna aplicacion de sanguijuelas á las apófisis mastoides, para disminuir la tension de las venas situadas fuera de la cavidad craniana, y en ciertos casos sangrías, que rebajarán la de los grandes troncos venosos; pues en esta clase de hiperemias, poco resultado obtendrémos de las aplicaciones frias y del uso de vejigatorios. Si los excesos en la comida fueran la causa de la hiperemia, tal vez en caso urgente el practicar una sangría evite el derrame cerebral; pero lo que indudablemente importa es arreglar el régimen de vida, proscribiendo las comidas suculentas, haciendo uso de alimentos poco nutritivos, bebiendo agua en cantidad, desechando el uso del vino, haciendo ejercicio corporal, y no cometiendo exceso alguno de ningun género; otras circunstancias especiales se tendrán en cuenta, que modifican, como recomienda la buena higiene, el tratamiento que queda expuesto.

CAPÍTULO III.

Meningitis aguda.

Sinonimia.—Aracnitis; aracnoiditis; fiebre cerebral.

La inflamacion aguda de las meninges, ó puede ser simple, lo cual acontece cuando los productos de la inflamacion consisten en exudacion sero-fibrinosa, formacion de pus ó neoplasia conjuntiva; ó bien tuberculosa, cuando con tales productos inflamatorios coexistan neoplasias especiales, que se llaman granulaciones.

Hablarémos en este capítulo tan sólo de la meningitis aguda, quedando para los dos siguientes el tratar de la crónica, y de la tuberculosa ó granulosa.

Causas.—El hombre la padece más que la mujer; prefiere la edad de 15 á 40 años; tambien es frecuente en los primeros meses de la vida, y no es rara en la época de la denticion.

Puede decirse que unas veces es primitiva; y no hay duda, que por más que reine obscuridad en las causas que motivan esta forma, favorecen su presencia el abuso de los alcohólicos, la insolacion, las prolongadas vigilias, y los profundos estudios ó trabajos intelectuales; así como otras es secundaria, y por propagacion ó contigüidad es como comunmente se presenta, ya en el curso de una otitis, de la erisipela del cuero cabelludo, cáries de los huesos del cráneo, etc.; tambien la vemos como efecto de la similaridad de tejido; tal acontece en la pleuresía, peritonitis y reumatismo; ó bien como expresion parcial de un estado general, en las enfermedades febriles exantemáticas y otras.

Anatomía patológica.—En la superficie cerebral hay viva inyeccion; las venas están turgentes en las circunvoluciones y anfractuosidades, en el tejido celular subaracnoideo hay serosidad lactescente, depósitos membranosos de gránulos de fibrina, y pus concreto unido á la fibrina, formando capas que ocupan los sitios donde residió la flegmasia; en los ventrículos hay serosidad, y el cerebro está sano como no exista complicacion.

Síntomas.—En la meningitis aguda podemos considerar dos períodos; el de *exaltacion* y el de *colapso;* algunos autores admiten además el de *invasion;* éste se presenta en la meningitis primitiva, alguna vez falta, y siempre podemos considerarlo como prodrómico; se caracteriza por cefalalgia que es más ó ménos duradera, pues si bien puede presentarse sólo algunas horas, otras veces persiste varios dias; además no deja de ser comun haya vértigos, vómitos biliosos, inapetencia y agitacion, con cierto estado de tristeza; raro es se presente epistaxis.

Período de exaltacion: Cefalalgia intensa con exacerbaciones, agitacion, delirio, convulsiones de carácter tónico, el delirio es ruidoso, á veces furioso, le acompaña ilusiones ó alucinaciones; la contractura primero es en un sólo lado, mas luego se hace bilateral; la claridad y la luz artificial molestan los ojos, las pupilas están contraidas, pero más comun es su dilatacion en este período cuando está avanzado; en los niños suele haber extrabismo; hay encendimiento de rostro; la lengua seca; vómitos alimenticios primero, despues biliosos; astriccion de vientre; retencion de orina alguna vez, y pulso regular, duro y lleno, con elevacion termométrica, que suele pasar de los 40°.

Período de colapso: Lo caracteriza los fenómenos de

depresion; así es que los músculos contraidos llegan á la resolucion ó á la parálisis, pero muchas veces no es ésta total; al ménos hay alternativa en el período de transicion, de los fenómenos de exaltacion á los de inercia; en éste se calma el delirio, le reemplaza la soñolencia y áun el coma, que luego se hace profundo; sobreviene la dilatacion pupilar, y á la astriccion de vientre sucede la diarrea, relajándose los esfínteres; el pulso adquiere el carácter de pequeño, lento y áun irregular en ciertas ocasiones, sin haber descenso notable de temperatura en la mayoría de casos.

Curso, duracion y terminacion.—La meningitis aguda corre sus períodos con rapidez; sucede que en algun caso sean poco marcados los síntomas del primer período, y esto acontece en las formas secundarias; pero su duracion ordinariamente se fija del octavo al trigésimo dia, siendo su terminacion casi siempre mortal; esto es inevitable cuando sean muy manifiestos los síntomas descritos en el segundo período, pues son motivados por la formacion de un líquido purulento, que, más ó ménos concreto, se extiende por la superficie de la aracnoides y *pia mater;* alguna vez verémos pasar la enfermedad que nos ocupa al estado crónico; y cuando hay curacion, que constituye un caso excepcional, jamás será completa, pues siempre queda algun desórden intelectual de no escasa importancia.

Pronóstico.—Fácil es deducir de las reflexiones que preceden, de un modo terminante, que el pronóstico de la meningitis aguda es muy reservado, por ser en todo caso enfermedad gravísima, que en la inmensa mayoría de ellos es mortal.

Tratamiento.—Este debe ser enérgico y pronto, si es que hemos de obtener resultado satisfactorio. Consultada la constitucion y el estado anterior del enfer-

mo, emplearémos las evacuaciones de sangre, unas veces las generales primero y luego las tópicas, otras sólo éstas ó aquellas; mucho debemos fijarnos en el temperamento y en la edad, para llenar esta importantísima indicacion vital en esta enfermedad, pues raro es el caso en que no deba recurrirse á sacar sangre al principio: en este período se aplicará el hielo á la cabeza, y se sostendrá una revulsion intestinal por medio de enemas emolientes y laxantes, ó por un purgante salino; úsense las bebidas atemperantes, como el agua de cebada, limon, naranja, grosella, etc.; aplíquense revulsivos á las extremidades inferiores, como sinapismos y botijos; póngase la habitacion en buenas condiciones, por su temperatura, luz y silencio, y sométase al enfermo á una ligera alimentacion vegetal primero, y luego á dieta animal.

Cubiertas con lo dicho las principales indicaciones, sin salir áun de ese período, puede provocarse la salivacion mercurial por medio del calomelano á dósis reducidas.

Terminada la aplicacion de la nieve, cuya supresion se habrá hecho gradualmente despues de haber sido continuada, se usará el ungüento mercurial á la cabeza en fricciones; recomendando tambien los antiguos la aplicacion de un casquete vexicante, y luego dicha pomada mercurial; y todo ello para que sea eficaz ántes de estar el enfermo en el período de colapso, pues ya en él serán escasos los recursos de que podamos disponer, sostengamos entónces la revulsion externa con vejigatorios inferiores, y mantengamos con una ligera alimentacion las fuerzas del paciente.

Podria acontecer que el enfermo hubiese padecido sífilis, y sin variar este tratamiento, usemos el yoduro potásico á dósis crecidas de media dracma (de 2 á 4 gra-

mos) al dia; y si coincidiese esta enfermedad con el reumatismo agudo, si los dolores se han aliviado ó desaparecido, aplíquense extensos vejigatorios en las más grandes articulaciones.

CAPÍTULO IV.

Meningitis crónica.

Queda dicho en el capítulo anterior, que esta enfermedad es muy rara, ya se presente como primitiva, ya sea consecutiva á la forma aguda.

Causas.—Las únicas hasta hoy estudiadas son: el abuso de los alcohólicos, la sífilis y la tuberculósis pulmonar.

Anatomía patológica.—Hay neoplasia conjuntiva que ocasiona opacidades en la aracnoides, engruesamiento de la *dura mater* y adherencias de las meninges entre sí y con el cerebro. Otras lesiones consisten en productos plásticos depositados en capas sobre diversos puntos del encéfalo, sobre todo en la convexidad y en la base.

Si las lesiones son antiguas, hay atrofia del tejido nervioso cortical, y si la lesion es muy extensa, dará lugar á una atrofia del cerebro, y como consecuencia á la dilatacion é hidropesía ventricular.

Cuando la meningitis fuese sifilítica, las lesiones estarán diseminadas en forma de pequeños núcleos aislados, más ó ménos numerosos.

Síntomas.—Es obscura y vaga la sintomatología de esta afeccion; por lo tanto, sólo podemos considerar como sus fenómenos más constantes, la cefalalgia, los

vértigos, desórdenes funcionales del cerebro, disminucion sensible de memoria, marcada debilidad de inteligencia, temblor, incertidumbre y tristeza, andar vacilante, y algun otro signo de parálisis lentamente progresiva.

Los síntomas enunciados son insuficientes para fundar el diagnóstico, á ménos que haya antecedentes hereditarios, ó se hubiese abusado de los alcoholes.

En la meningitis sifilítica, además de los síntomas de que queda hecho mérito, en la mayoría de casos hay extrabismo, diplopia, convulsiones que afectan la forma epiléptica, y parálisis de más ó ménos extension.

Curso, duracion y terminacion.—La marcha es lenta y motiva que el padecimiento sea largo, y al cabo de terminacion fatal.

Pronóstico.—Grave, pues termina por muerte.

Tratamiento.—Podemos decir que la base del empleado para esta forma, es el uso del yoduro potásico y de los mercuriales, medicacion racional que nos dará buenos resultados, cuando la meningitis sea sifilítica; en los demás casos, el tratamiento es tan limitado, que sólo puede reducirse á ordenar medios de escasa importancia, para combatir los síntomas más culminantes que se presenten.

CAPÍTULO V.

Meningitis tuberculosa.

Sinonimia.—Meningitis granulosa; tuberculosis de la *pia mater*.

Definicion.—Es una inflamacion que especifica una

neoplasia granulosa, unida á productos inflamatorios comunes.

Etiología.—Si bien se observa en toda edad, la preferente es en los niños de 2 á 8 años; luego de los 20 á 30; más comun en el hombre, afecta á las constituciones débiles y á los que son de temperamento linfático; gran importancia se ha dado al influjo indudable que en el desarrollo de esta afeccion ejerce la herencia, como tambien las estaciones, siendo más frecuente en primavera, despues en invierno.

Entre las causas ocasionales, no debemos olvidar el citar la pobreza, pues ella motiva malas condiciones higiénicas, sobre todo en cuanto se refiere á alimentos y á la habitacion; tambien los trabajos mentales precoces ó superiores á la potencia intelectual del individuo, la insolacion, los golpes de cabeza, determinadas enfermedades, como el sarampion, tífus, etc.; y mucho debemos fijarnos en el difícil trabajo de la denticion, en los niños de naturaleza delicada.

Anatomía patológica.—La aracnoides está por lo comun lisa y sin adherencias; el tejido celular subaracnoideo infiltrado de serosidad; ésta ocupa los ventrículos, que están dilatados en la mayoría de casos.

La *pia mater* infiltrada con sangre, serosidad y sustancia plástica de pus concreto, y granulaciones de aspecto tuberculoso; la cantidad de dichas sustancias y el número de granulaciones es muy variable, y están en las circunvoluciones y anfractuosidades, en la cisura de Sylvio, y rodeando la protuberancia y pedúnculos cerebrales; unas veces forman éstas pequeñas masas, otras están diseminadas en gran extension, ya se encuentran en estado de crudeza, ya reblandecidas, dando lugar á focos, que contienen materia tuberculosa de consistencia semilíquida.

Síntomas.—Si bien es cierto que la invasion de la enfermedad se verifica á veces en un estado de salud satisfactorio, otras muchas hay un período que precede á los síntomas encefálicos y febriles, que es el prodrómico, caracterizado por tristeza é irascibilidad, pérdida del apetito y enflaquecimiento. Los niños sobre todo buscan la soledad, abandonan sus juegos, tienen un sueño agitado, suelen rechinar los dientes, acusan tener el cuerpo dolorido; las digestiones son malas, unas veces hay diarrea, otras astriccion; se quejan del vientre, de la cabeza y tienen vómitos.

Este período es de duracion variable, pues es largo por lo comun, cuando el individuo atacado es de buena salud; y breve cuando en él hay una diatesis ó tuberculizacion manifiesta.

Pero como pueden ó no presentarse pródromos, hechas estas reflexiones, pasemos á describir los dos períodos que debemos considerar en la enfermedad para su más completo estudio: el primero que es el de *exaltacion,* y el segundo de *depresion*, ambos indudablemente separados por una fase mixta, que dura más ó ménos segun las circunstancias, y que Jaccoud designa con el nombre de fase de *oscilacion*.

El primer período *(exaltacion)* empieza con la fiebre; ésta á menudo tiene el carácter remitente, su exacerbacion es vespertina, y si bien esto no es constante, lo es más la irregularidad con que se presenta en el mismo dia, el aumento y el descenso; unos ratos llega á 120 y 140 pulsaciones por minuto, y otras horas baja á 100 y áun 80, con desigualdad rítmica. Los síntomas que primero se manifiestan ó que coinciden con el movimiento febril, son el dolor de cabeza, los vómitos y la astriccion de vientre; la cefalalgia es contínua, gravativa ó lancinante; la exacerba la impresion de la luz y

el ruido; hay tristeza; la inteligencia permanece intacta, pero las facultades intelectuales se perturban por el dolor físico, ó por el presentimiento de un triste fin.

Aparecen luego movimientos convulsivos, alguna vez convulsiones generales; la agitacion alterna con la soñolencia, y durante ésta, el dolor hace que los enfermos griten poco ménos que automáticamente *(gritos hidrocefálicos)*. Presentados estos síntomas, empieza á afectarse la inteligencia, lo que se reconoce por la manera de expresarse, y por el delirio que se manifiesta; así como aparecen los desórdenes oculares, que consisten en pupilas contraidas desigualmente, estrabismo ó diplopia, y en no pocas ocasiones mirada fija, perdiendo la cara su expresion, despues de las alternativas de encendimiento y palidez que experimenta.

La duracion de este período es tan variable, que de dos á tres dias que puede tener, algunas veces se prolonga á dos y áun tres setenarios; presentando alternativas de tan notable mejoría, que hacen concebir las más halagüeñas esperanzas; pero luego los síntomas vuelven á exacerbarse, las convulsiones se pronuncian; la lentitud del pulso se marca por la creciente irritacion del bulbo y de los orígenes del nervio vago, coincidiendo este fenómeno con la irregularidad de los movimientos respiratorios, provocada por la misma causa, y ya en este caso nos hallamos pasada la fase de *oscilacion* en el período siguiente.

En el segundo *(de depresion)* los accesos de soñolencia son más largos y profundos, la vista se turba, el oido no es tan fino, y la dilatacion sustituye á la contraccion inicial de las pupilas; la contractura de los miembros deja su lugar á la resolucion. En este estado pueden permanecer los enfermos varios dias, aumentando en intensidad estos síntomas despues; el pulso vuelve á

adquirir la frecuencia del primer período, fenómeno que atribuye Jaccoud á la parálisis del nervio vago, consiguiente á la primitiva excitacion anormal; por esta misma causa puede explicarse que la respiracion cada vez está más dificultosa, hasta llegar á manifestarse los estertores; el enfermo se hace insensible á las excitaciones exteriores; la piel se cubre de sudor, el vientre se deprime y con ataques eclámpsicos ó sin ellos, por asfixia lenta muere el individuo en medio de gran demacracion, que no guarda relacion con la intensidad febril, ni por lo comun con el tiempo que durara la enfermedad.

Curso, duracion y terminacion.—Consignada ya la distinta marcha que en ocasiones sigue la enfermedad, claro es que la duracion es variable en relacion con aquella; la curacion rara vez podrá conseguirse; bien podemos considerar los casos que de ello se citan, al ménos como dudosos, pues no deja de ser frecuente al cabo de cierto tiempo y áun de años, llegue á manifestarse la afeccion cual si no hubiese habido más que una tregua; es enfermedad que propende á la recidiva, é indudablemente su término ordinario es la muerte.

Diagnóstico.—Véase el cuadro correspondiente.

Pronóstico.—Éste siempre es gravísimo, si no es mortal.

Tratamiento.—Nunca emplearémos las evacuaciones generales de sangre, y en muy pocos casos sólo las tópicas, cuando los síntomas por su agudeza se asemejen á los de la meningitis franca.

No tienen eficacia reconocida los mercuriales, recomendados por algunos prácticos á alta dósis, ni las aplicaciones de moxas y de sedal, pudiendo decir lo mismo del uso de los purgantes drásticos, encomiados más de una vez; sin embargo, el extreñimiento lo combatirémos con los purgantes minorativos.

Son útiles los vejigatorios en los extremos inferiores, y el yoduro potásico á dósis crecida, para modificar el estado constitucional, acompañado de una alimentacion reparadora, y de preparados de quina y de vino, y del aceite de hígado de bacalao, indicadísimo en este caso.

Tengamos muy presente, que es de gran importancia el tratamiento profiláctico: cuando los antecedentes de familia hagan temer el desarrollo de esta afeccion, desde los primeros momentos prodiguemos los más asíduos cuidados; una buena nodriza debe amamantar á la criatura 18 ó 20 meses; en seguida adminístresele el aceite de bacalao; alterne este medicamento con preparaciones ferruginosas y yodadas, dando la preferencia al jarabe de rábano y al de quina y hierro; sosténgase la actividad cutánea con friegas secas y baños minero-medicinales, cuyas aguas contengan hierro y yodo; procúrese que disfrute buenas temporadas en el campo, y cuídese de no dedicarlo á trabajos intelectuales hasta que haya pasado de la edad infantil.

CAPÍTULO VI.

Hidrocefalia.

Toda vez que el derrame en el encéfalo podemos considerarlo anterior ó posterior á la oclusion definitiva de la cavidad craniana, dicho se está que puede ser éste congénito ó adquirido.

Hidrocéfalo adquirido agudo.

Etiología.—Un obstáculo en la circulacion venosa, ó una dilatacion atónica en los capilares del cerebro puede motivarlo; esto es, una causa mecánica, pero tambien una discrasia puede producirlo, la alteracion hidrohémica de la sangre. Entre las primeras, encontramos ciertas lesiones encefálicas, tumores cerebrales ó meníngeos, obliteraciones de los senos, presencia de tubérculos en la *pia mater*, tumores del cuello, ciertas lesiones del corazon, sobre todo del derecho; afecciones del pulmon, como enfisema, esclerosis, etc.; y entre las segundas, las de hidropesía discrásica, la inanicion, el mal de Bright y las caquexias tuberculosa y cancerosa.

Anatomía patológica.—Poco considerable es la cantidad de serosidad que se halla en el interior del cráneo, y ésta se encuentra infiltrada en el tejido subaracnoideo. El líquido que está en los ventrículos, en el hidrocéfalo agudo, es trasparente; y cuando está ligeramente opaco, se debe á una mezcla de células epiteliales desprendidas, coágulos coposos y resíduos de sustancia cerebral inmediata.

El cerebro podrá estar en algunos puntos ménos consistente, más pálido, empapado de serosidad y hasta casi exangüe.

Síntomas.—Considerémos tres formas principales en esta enfermedad, para estudiarla convenientemente: forma apoplética, rápida y lenta.

Forma apoplética: Si bien el derrame unas veces se efectúa paulatinamente, otras se aumenta de pronto, y en cualquiera de los dos casos se suspenden las funcio-

nes del cerebro; entónces se constituye ese estado que se llama *apoplegía serosa.* Lo caracteriza la pérdida del conocimiento, inmovilidad de pupilas, evacuaciones involuntarias, resolucion de miembros, estado comatoso, alguna vez interrumpido por delirio; la deglucion y la respiracion prontamente se entorpecen.

Análogos estos síntomas á los de la apoplegía cerebral, tenemos que basar el diagnóstico en los antecedentes que podamos reunir; casi siempre se presenta la apoplegía serosa, en los que padecen alguna lesion cerebral, como tumores, ó bien tienen hidropesía; en caso muy raro se presenta en individuos de perfecta salud; su duracion ordinaria es corta, pues aunque se prorogue dos ó tres dias, lo frecuente es que en pocas horas termine por la muerte.

Forma rápida: Suele haber en ésta fenómenos de excitacion; en los adultos delirio; en los niños convulsiones; á veces sucumben los enfermos en ese período, pero otras le sigue el coma; difícilmente se les excita; no se impresionan por los objetos exteriores; quedan inmóviles sus miembros, y sobreviene un estado comatoso profundo.

Esta forma es la más comun, y no deja de presentarse en los tísicos, en los escarlatinosos, en los que padecen la enfermedad de Bright ó cirrosis del hígado.

Forma lenta: Bien se desenvuelva con pereza, ó siga á la forma rápida, preséntanse en ella vértigos, embotamiento de sentidos, torpeza en las facultades del entendimiento, sobre todo debilidad de memoria, y un estado de paresia general: en la locomocion se observa marcha insegura y movimientos lentos en las manos; al cabo de cierto tiempo viene la resolucion y el estado comatoso, precursores del triste fin.

Alguna vez el derrame aumenta rápidamente, y la

muerte sobreviene sin ser precedida del coma; terminacion que puede tambien acontecer por una enfermedad intercurrente.

Curso, duracion y terminacion.—Por lo que queda dicho, comprendemos que el curso es rápido ó lento segun la forma que afecte la enfermedad; su duracion variable, y la terminacion constante la muerte.

Pronóstico.—Como que es un padecimiento incurable, siempre será éste reservado; pues la gravedad que tiene esta afeccion, cualquiera que sea su forma, hace que al cabo sea el resultado funesto.

Tratamiento.—Hay casos en que está indicada la sangría en la forma apoplética, siempre que con un pulso fuerte y duro, coincida una buena constitucion y robustez.

En todos ellos provocarémos las evacuaciones por medio de la diaforesis, diuresis y movimientos de vientre; para lo cual nos valdremos de sudoríficos y diuréticos, como el acetato potásico, y purgantes de la clase de los drásticos, como la jalapa, escamonea, aloes, etcétera; debiendo además sostener una revulsion, por medio de anchos vejigatorios en los extremos inferiores.

A más de los medios indicados en la forma lenta, podemos y debemos recurrir á los calomelanos, en pequeñas dósis y continuadas, y en ciertas condiciones hasta provocar la salivacion, redoblándose en esta forma sobre todo, los cuidados higiénicos que la prudencia aconseja.

CAPÍTULO VII.

Hidrocéfalo congénito.

Sinonimia.—Hidrocefalia crónica; derrame seroso en el cráneo no osificado.

Etiología.—Esta se halla envuelta en la mayor obscuridad. Algun autor cita como influencia favorable para su desarrollo, los vicios de conformacion, la compresion ú obliteracion de las venas y el cretinismo; tambien se considera la herencia; pero convengamos en que es aún inexplicable la verdadera influencia de esas condiciones en el desarrollo de la enfermedad.

Síntomas.—Unas veces el derrame es tan considerable al nacer, que la cabeza está deforme, y hay gran ensanche en las fortanelas; en este caso la muerte es pronta. En otras ocasiones, el derrame es posterior al nacimiento y poco apreciables los fenómenos los primeros meses; más no tarda en verse la cabeza voluminosa y deforme, no pudiendo ser sostenida en la conveniente posicion. Luego carece el semblante de espresion; la impresionabilidad es débil, la motilidad se entorpece; en una palabra, se presentan signos de apatía cerebral, que al fin coinciden con el estado físico que es alarmante, pues viene el enflaquecimiento; los gritos son débiles; se alimentan estos pacientes, pero no se nutren; y despues de permanecer generalmente en este estado el primer año de vida, pasan al coma, y mueren por un ataque eclámpsico.

Pero algunas veces esta afeccion se prolonga por un tiempo más ó ménos largo, y entónces se manifiestan

síntomas más notables, que se perciben con marcada exactitud.

No busquemos en estos enfermos sentimientos afectivos, pues no se desarrollan, y la ineptitud intelectual llega á un alto grado; sin embargo, es posible en ellos un principio de educacion; pero la memoria apénas se bosqueja, hay falta de atencion, y la palabra, que no en todos los casos se adquiere, es lenta, automática. Las funciones sensoriales tambien se interesan, y si rara vez encontramos perversion en el olfato y el gusto, hallarémos el oido imperfecto y perturbaciones más ó ménos marcadas en la vista y en el tacto, signos de paresia general, que pocas veces llega á la parálisis completa: tambien observarémos inercia, que se interrumpe por contracturas ó convulsiones epileptiformes; y las funciones digestivas suelen permanecer intactas, pues cuando más, se nota extreñimiento y salivacion: si la cabeza llega á desarrollarse mucho, hay eminencias fluctuantes al nivel de las fortanelas, y la compresion sobre estos tumores da lugar á la soñolencia y al coma.

Curso, duracion y terminacion.—El curso de la enfermedad es largo y nunca regular; ya progresa constantemente, ya por paroxismos, y en no pocas ocasiones los síntomas permanecen estacionados mucho tiempo, pero la terminacion es fatal, pues casi de contínuo finaliza por muerte, que es precedida de coma y convulsiones: en algun caso, el líquido sale al exterior por una causa traumática, infiltrándose debajo de los tegumentos ó destilándose por la nariz.

Pronóstico.—Siendo casi constante la terminacion por muerte, dicho se está que éste es reservado, por la suma gravedad que encierra.

Tratamiento.—Podemos decir que es estéril el recomendado en esta afeccion. Ni los diuréticos y pur-

gantes drásticos, ni el calomelanos hasta producir la salivacion, ni el yoduro potásico tan encomiados, han producido otro efecto en la mayoría de casos, que comprometer la importante funcion nutritiva; y casi lo mismo podemos asegurar de los tópicos irritantes, aplicados al cuero cabelludo: sólo debemos usar un tratamiento sintomático é higiénico; procúrese mantener íntegras las funciones nutritivas, y rechacemos la compresion de la cabeza con tiras emplásticas, como medio peligroso; lo mismo que la puncion, operacion temeraria, por más que en principio sea racional, y alguna vez haya dado resultado favorable; nosotros verémos siempre muy limitada su oportunidad, y en los determinados casos que Malgaigne y Bruns la recomiendan.

CAPÍTULO VIII.

Congestion cerebral.

El cerebro puede congestionarse activa y pasivamente, y preciso es conocer qué causas motivan esas diferentes congestiones.

Etiología.—La activa puede producirse por trabajos intelectuales excesivos, por emociones de ánimo inesperadas y violentas; tambien la insolacion, el abuso de los alcohólicos, el estado pletórico, el influjo de extremas temperaturas, ya un frio intenso ó bien un fuerte calor, y no pocas veces la existencia de una lesion de corazon, como la hipertrofia, ó el influjo de la diatesis herpética y gotosa, pueden producirla.

Distintas las causas de la congestion pasiva, enumerémos entre ellas los grandes esfuerzos, la compresion

de las yugulares y de la cava superior, cuanto pueda entorpecer la circulacion en los vasos encefálicos, las lesiones del corazon que debilitan la accion de este órgano, la obliteracion ó compresion de los vasos del pulmon y otras.

La herencia, edad y sexo, no influyen en las congestiones pasivas; así como en las activas se ve marcada predisposicion á la congestion, si hay antecedentes de herencia, y siempre es más comun la activa en el hombre, prefiriendo la edad adulta y vejez.

Por lo demás, tanto unas como otras son más frecuentes en el invierno, y cuando hay grandes cambios de temperatura; las modificaciones de la presion atmosférica influye realmente en el desarrollo de las congestiones, así como el estado pletórico si bien constituye una predisposicion muy poderosa, no es causa eficiente por sí de congestion cerebral.

Anatomía patológica.—Las meninges se encuentran inyectadas, distendidas y se separan con facilidad; el cerebro está turgente; se nota aplastamiento en las circunvoluciones, inyeccion en la superficie y en las anfractuosidades, áun en los vasos más pequeños; la consistencia del cerebro es normal ó un poco aumentada; hecho un corte en su sustancia, se deja ver un punteado rojo, que son los orificios de los vasillos abiertos; Jaccoud llama á esto estado enarenado, y Durand Fardel estado criboso del cerebro; ese aspecto se marca más en los lóbulos anteriores, convexidad de los hemisferios y tálamos ópticos; no sólo observarémos ese aspecto especial en la sustancia blanca, sino tambien en la gris, aunque la coloracion es encarnada y uniforme, y siempre que se comprima, sale más ó ménos cantidad de sangre: si la congestion ha sido fuerte, ó éstas se han repetido con alguna frecuencia, no es extraño

encontrar derrame seroso en la *pia mater* y en el tejido cerebral; tambien coincide con las lesiones de la congestion del cerebro, los signos de la misma en las membranas profundas del ojo.

Síntomas.—Muchas son las formas clínicas de congestion cerebral que han llegado á admitir los prácticos; pero para evitar confusion y porque así basta á nuestro intento, estableceremos tan sólo variedad entre la leve, la grave y la apoplética, pues tiene utilidad práctica hacerlo así; y no en una sóla descripcion comprender cuantos fenómenos de excitacion y de depresion llega á provocar el estado hiperémico del cerebro, en la esfera intelectual, animal y vegetativa.

Forma leve: Hay fenómenos de excitacion en la sensibilidad; cefalalgia gravativa ó lancinante, que se exaspera por la luz, ruido y movimiento; zumbido de oidos, ilusiones ópticas, agitacion durante el sueño, pesadillas, y éste por lo mismo no puede ser reparador; si la congestion tiene alguna intensidad, hay vértigos, vómitos, lentitud en los movimientos cardiacos, dureza y plenitud de pulso, latidos fuertes en las carótidas, hiperestesia de la retina que ocasiona contraccion pupilar, inyeccion en la conjuntiva y rostro. Esta forma es la más comun, la frecuente en los pletóricos, la que se reproduce á la más ligera causa; su duracion es variable, y si bien alguna vez desaparece de una manera espontánea, otras sólo cede á beneficio de un plan apropiado.

Forma grave: En ocasiones sigue á la forma anterior, pero otras se presenta bruscamente, y lo que más la caracteriza es el delirio. En la mayoría de casos, hay primero desórdenes sensoriales, y cuando no, el delirio se traduce por impulsiones y determinaciones viciosas en la motilidad; pues hay agitacion

muscular y actos desordenados; el paciente quiere abandonar la cama, habla, grita; indiferente á lo que se le dice, procura escaparse; luego se agita el pulso, hay sudores; la congestion ofrece el aspecto de la meningo-encefalitis, y si este estado dura, viene entorpecimiento intelectual; á la agitacion muscular desordenada, sucede la inercia, la resolucion, y entónces hay evacuaciones involuntarias, respiracion estertorosa; la depresion sigue á la sobreexcitacion, y el paciente cae en el coma.

Forma apoplética: Llamada ésta vulgarmente *insulto, golpe de sangre al cerebro,* se caracteriza por la total y súbita perdida del conocimiento.

Al caer repentinamente el individuo en tierra, los miembros quedan en resolucion, las evacuaciones son involuntarias, los movimientos reflejos se conservan; pasado algun tiempo vuelve el enfermo en sí, recobra sus facultades paulatinamente, y en dos, tres ó cuatro dias, puede no quedar rastro de la terrible escena que se presentára. Ocasiones hay en que recobrada la inteligencia y el movimiento, subsiste una parálisis de la motilidad, que sólo desaparece al cabo de treinta ó de cuarenta horas.

Curso, duracion y terminacion.—Siempre es posible el peligro en esta enfermedad, si bien está en relacion de los accidentes que produce; es afeccion grave, por más que no sean numerosos los casos en que ocasiona la muerte.

La marcha de las distintas formas es contínua y rápida; breve su duracion; y la más grave la apoplética, que termina por hemorragia, por congestion pulmonar con edema agudo, y casi siempre por muerte.

Pronóstico.—Cuando ménos es grave; en general podemos decir que cualquiera que sea la forma de con-

gestion cerebral, es más trascendental en las personas de edad avanzada, pues las alteraciones vasculares tan propias de los años, predisponen á las hemorragias: en las fiebres eruptivas y tíficas, son peligrosas las congestiones, y en todos los individuos que padezcan lesion cerebral anterior, sobre todo en los enajenados, por lo que precipita en ellos y agrava las alteraciones que padezcan.

Tratamiento.—Necesario es subordinarlo á cuanto hemos consignado en este capítulo; pues las indicaciones más precisas deben basarse en el conocimiento de las formas patogénicas.

Si la congestion es activa, estará indicada la sangría, que podrá repetirse segun los casos, y se administrarán los purgantes salinos. Si la hiperemia es compensadora, por la supresion de los ménstruos ó del flujo hemorroidal, las aplicaciones de sanguijuelas al ano ó parte superior de los muslos, y el uso reiterado de purgantes drásticos está indicado, y áun alguna vez recurrirémos á la sangría, con la cual, si bien no conseguimos restablecer la hemorragia habitual, atacarémos directamente los fenómenos fluxionarios, y despues obrarémos sobre la causa de la congestion. Pero si ésta ha sido producida por trabajos violentos, una insolacion, etc., rara vez tendrá lugar la sangría general; entónces los revulsivos al canal intestinal, los vejigatorios en las extremidades inferiores, y el frio en la cabeza, tienen útil aplicacion; y si en algun caso hay que sacar sangre, hágase por medio de sanguijuelas.

Los eméticos sólo se usarán cuando una indigestion sea la causa del estado congestivo.

Pero en aquellos casos en que ésta sea pasiva ó éxtasis, rara vez acudirémos á las evacuaciones de sangre, ya sean generales ó locales, y si los refrigerantes

no tienen una utilidad reconocida, es innegable que los purgantes producen notable alivio, siempre que den lugar á una expoliacion acuosa, suficiente á hacer disminuir la tension en todo el sistema venoso. Determinadas afecciones del corazon, dan lugar á la congestion pasiva ó éxtasis; la acistolia y los accidentes cerebrales que le siguen se tratan victoriosamente con la digital; y cuando haya un peligro apremiante, practíquese una sangría, y luego la digital dará sus buenos resultados.

Mas si el éxtasis ó congestion pasiva depende de debilidad en la circulacion, de paresia ó de una atonía general, los tónicos, los estimulantes y una alimentacion reparadora, serán los medios indicados.

Agreguemos á lo dicho las precauciones higiénicas, que tan importantes son para los que están predispuestos á congestiones activas. Aliméntense estos individuos sóbriamente, usando en cantidad los vegetales y frutas; proscriban el té, café, vino y cuantas sustancias sean estimulantes; no se entreguen á vigilias prolongadas, estudios excesivos, vida sedentaria, ni cometan excesos venéreos. El lugar en que habiten será fresco, la cama blanda, y procuren tener libre el vientre, toda vez que la astriccion es altamente perjudicial á los individuos en quienes hay predisposicion congestiva.

CAPÍTULO IX.

Hemorragia cerebral.

Sinonimia.—Apoplegía sanguínea; apoplegía cerebral.

Al tratar en este capítulo de la enfermedad que se

caracteriza por la abolicion repentina, ó por la suspension completa ó incompleta del sentimiento y del movimiento, cuya causa única y próxima es la extravasacion sanguínea, ó la rotura vascular, nos proponemos ocuparnos con extension de la apoplegía cerebral, de la producida por la rotura de los pequeños vasos del cerebro, que es la forma comun; y como complemento de este artículo importante, por ser frecuente y siempre gravísima la afeccion de que en él hablamos, dirémos lo más esencial de la *apoplegía meníngea*, esto es, de la producida por la rotura de las ramas libres y voluminosas, difícil de diagnosticar las más veces, y de escasa importancia clínica, pues cuanto de ésta pueda decirse, nos referimos á cuanto consignamos al describir la hemorragia cerebral.

Etiología.—*Causas predisponentes:* Bien podemos comprender entre éstas la existencia de una disposicion natural del sistema vascular, que indudablemente se trasmite por herencia; el influjo de la edad, pues es más frecuente pasados los 50 años; tambien el sexo masculino; por lo que hace á las estaciones, es más comun en invierno, luego en otoño, primavera y estío, sobre todo cuando hay bruscos cambios de temperatura; comprendemos en estas causas, el abuso de los alcohólicos; y muchos admiten la constitucion robusta y pletórica propia del temperamento sanguíneo, esto es, la constitucion apoplética; pero bueno es consignar que, atendiendo al resultado estadístico, la hemorragia cerebral no perdona ni áun las constituciones más miserables, ni respeta los más delicados sugetos.

Causas ocasionales: Cuanto pueda entorpecer el retorno de la sangre del cerebro, ó precipitar el aflujo arterial; las compresiones en el cuello; los esfuerzos para toser; los del coito, sobre todo durante la diges-

tion; la notable disminucion en la presion atmosférica; las emociones morales vivas; la accion retropulsa de un flujo habitual suprimido; la brusca impresion de un baño frio ó caliente, y otras de menor significacion, podemos comprenderlas entre ellas.

Anatomía patológica.—En el exámen que practiquemos, podemos ver los resultados de muchos derrames pequeños, próximos entre sí, ó en un solo foco, ó coleccion considerable constituida por el derrame, esto es, hemorragias capilares, focos hemorrágicos, apoplegía capilar de Cruveilhier, infiltracion sanguínea de Durand Fardel.

En el primer caso encontramos salpicada de muchos puntos rojos la sustancia cerebral, en más ó ménos extension, conservando el resto su color y consistencia normal, ó cierto tinte rojizo, blandura y áun transformacion en una papilla roja *(reblandecimiento rojo)*.

En el segundo caso, esto es, cuando hay un sólo foco sanguíneo, su sitio es variable, pero reside en el hemisferio opuesto al lado paralizado; y lo comun es que esté en la parte céntrica del encéfalo, y casi siempre al nivel de los tálamos ópticos y cuerpos estriados, pues extraño será hallarlo en la superficie. Pueden contener los focos fragmentos del mismo tejido nervioso, y sangre más ó ménos alterada; las partes que lo rodean estarán congestionadas, coloreadas por la infiltracion sanguínea y áun reblandecidas. La sangre derramada en el foco, á los pocos dias se divide en una parte líquida que se absorbe, y un coágulo que blando primero, luego se convierte en sustancia espesa, que pasa por distinta coloracion, primero negra, luego roja y más tarde amarillenta. En un núcleo resistente rodeado de serosidad, se convierte en gran número de casos la parte fibrinosa de la sangre, reabsorbiéndose

paulatinamente en la serosidad; y otras veces la sangre derramada permanece encerrada en una especie de quiste en el tejido encefálico, por un tiempo indefinido.

Pero las paredes del foco sufren transformaciones segun su antigüedad; pues si es reciente, están desiguales, desgarradas é impregnadas de sangre, y las partes congestionadas y rojizas más reblandecidas, tornándose su color en amarillo; más tarde regularizada, la cavidad, es tapizada por una falsa membrana, que tiene algunos caractéres del tejido seroso, lubrificada de líquido rojizo, que disuelve el coágulo y facilita la absorcion. Cuando ésta se verifica, quedan cavidades con serosidad ó vacías, ó bien cicatrices formadas por la adherencia de las paredes; son fibrinosas, están fruncidas y acompañadas de induracion de la sustancia cerebral.

Por último, á veces hay osificacion de las arterias cerebrales, y es bastante constante exista serosidad, que puede ser sanguinolenta ó pura en los ventrículos.

Síntomas.—En la mayoría de casos es enfermedad que se presenta sin pródromos; cuando los hay, éstos consisten en síntomas congestivos, acusan dolor, turbacion ó pesadez de cabeza; suelen tener vértigos, desvanecimientos y zumbido de oidos, agitacion durante el sueño, entorpecimiento en los miembros, hormigueo, pesadez, malestar, flaqueza y áun pérdida de memoria, y alguna vez pasajeras parálisis, que se limitan á determinados grupos de músculos.

Pero haya ó no pródromos, es variado el cuadro clínico que la apoplegía presenta, y para apreciarlo con más exactitud, debemos seguir la práctica de algunos autores, y siendo muy racional la division establecida por Jaccoud, la admitimos sin hacer en ella modificacion alguna.

Forma apoplética: Cae el individuo, como herido del rayo, hecho un tronco; sólo la respiracion y los latidos del corazon, nos dan testimonio de que la vida se apaga por momentos.

Sucede alguna vez, por fortuna rara, que la hemorragia se difunde rápidamente en ambos hemisferios, ó es del bulbo, entónces la muerte es instantánea; esto es lo que se llama *apoplegía fulminante;* variedad poco comun en la forma de que tratamos.

Se conoce esta variedad, porque al ser atacado el individuo, los miembros se presentan en resolucion; alguna vez los del lado opuesto á la lesion, en flexion rígida; los movimientos reflejos abolidos en los primeros instantes, reaparecen más pronunciados que normalmente; el pulso y latidos del corazon son raros y lentos, pero aquel puede ser lleno, regular y fuerte; la respiracion es fatigosa y estertorosa, la inspiracion corta, insuficiente para la hematosis; los músculos de las mejillas se ofrecen sin resistencia, el aire los distiende en cada espiracion; puede haber turgencia lívida en la cara y éxtasis bronquial; las más veces, las evacuaciones de orina y materias fecales son involuntarias.

Esta forma de apoplegía generalmente termina por muerte, ya por los destrozos que en el cerebro puede ocasionar el derrame, ya por el síncope ó asfixia, y eso acontece en las 36 ó 48 primeras horas; y si no sucediese por lo pronto, el enfermo pasa al estado paralítico.

Forma apoplética y paralítica: Es la que por lo comun se presenta, y despues de manifestarse como la precedente, el individuo poco á poco vuelve á su conocimiento, y aparecen los síntomas circunscritos, pudiéndose entónces apreciar con exactitud los estragos causados. Estos consisten en una hemiplegia, que

reside en el lado opuesto al de la lesion encefálica: coincide con la hemiplegia, una parálisis motriz de la mitad de la lengua del mismo lado; la cara y los músculos intrínsecos de los ojos participan de la parálisis; pero unas veces está afecto el mismo lado, y otras es alterna ó cruzada, alteraciones que duran tanto como las de los miembros. No es extraño observar parálisis en los músculos expulsores de la orina y de las materias fecales, que da lugar á una retencion, áun habiendo habido evacuaciones involuntarias al principio.

A los cuatro ó cinco dias presenta el paciente nueva faz; despues de haber estado *in statu quo*, sobreviene la encefalitis detensiva y reparadora. Este proceso inflamatorio suele pasar de un modo latente; pero más bien se presenta fiebre, cefalalgia, vómitos, dolor en los miembros paralizados, con sacudidas involuntarias y de contracturas; hay unas veces agitacion y subdelirio, otras soñolencia y coma. Tambien suele prorogarse de cuatro á seis dias; y lo natural es muera el individuo por decadencia gradual y por los progresos del mal.

Ocasiones hay en que pueden vencerse todas las dificultades, y llegamos á un período estacionario de diversa duracion, en el cual continúan los trastornos de la inteligencia, del sentimiento y movimiento; y si se manifiestan degeneraciones especiales y atrofias periféricas, son incurables los desórdenes que producen; como si sobreviene la curacion de la encefalitis, mejoran los fenómenos paralíticos, volviendo la sensibilidad, el movimiento primero en el miembro inferior, luego en el superior, hay aptitud para hacer la locomocion, y ejercitar medianamente sus funciones la mano y el brazo; la curacion de esta forma, que siempre será incompleta, es larga, pues sólo podrá conseguirse al cabo de tres ó cuatro meses.

Forma paralítica: No hay síntomas por los cuales podamos apreciar la apoplegía; viene repentinamente la hemiplegia, y al caer como consecuencia de ella, el individuo no pierde el conocimiento, y este es un dato de valor para distinguir esta afeccion del ataque apoplético.

Forma leve: Llámase así á esta forma, porque su duracion sólo es de cuatro á seis dias, y los desórdenes que produce son pasajeros.

Afecta la forma apoplética y paralítica, y el diagnóstico es dudoso si no podemos comprobar el antiguo foco hemorrágico. En el acto de la invasion, hay un ligero aturdimiento, suspension momentánea de la aptitud intelectual, y sobrevienen parálisis parciales. En general, esta forma se cura bien, pero la pequeña hemorragia reparable es precursora de un ataque más ó ménos próximo y de gravedad.

Curso, duracion y terminacion.—En la forma apoplética es el curso rápido; á veces tanto, que la muerte es instantánea; en la forma leve, la duracion es corta, pues fácilmente desaparecen los síntomas; y en la forma apoplética y paralítica, el curso es variable, la duracion larga; y haciendo abstraccion de la forma leve, casi constantemente termina esta afeccion por la muerte.

Pronóstico.—La suma gravedad de los síntomas de las distintas formas de la apoplegía, hace que siempre sea el pronóstico reservado, por ser general como queda dicho la fatal terminacion, y cuando esto no sucede, la curacion es incompleta; enhorabuena que la sensibilidad y motilidad lleguen á restablecerse, pero la inteligencia quedará más ó ménos perturbada.

Ocasiones hay en que, ni durante el ataque, ni miéntras existe la encefalitis, muere el paciente; pero más

tarde la atrofia del cerebro y otras veces la formacion de escaras, lentamente conducen á los pacientes al sepulcro.

Tambien debemos tener en cuenta en el pronóstico, que la apoplegía cerebral es una enfermedad que fácilmente recidiva, y que si ántes de los 50 ó de los 60 años puede tener largos períodos de inmunidad, pasada esa edad, la repeticion de los ataques no se hace esperar mucho tiempo.

Tratamiento.—Forzoso es combatir la creencia de emplear la sangría como medio eficaz y absoluto, pues no pudiéndose con ella remediar la rasgadura del cerebro, claro es que su efecto no alcanza más que á disminuir la hemorragia, si ésta aún no ha concluido. Cuando los individuos sean vigorosos y robustos, cuando puedan soportar la sustraccion de cierta cantidad de sangre, cuando el ataque sea fuerte, el pulso esté duro, ancho y lleno, enérgico el impulso cardiaco y favorable el estado general del enfermo, ábrase la vena, evácuese con abundancia; pero en circunstancias contrarias será perjudicial, porque arrebatará al cerebro el principal elemento de su actividad, favorecerá el éxtasis y el edema pulmonar, debilitando la accion del corazon. Si el conocimiento no se restablece y puede insistirse en sacar sangre, aplicaciones de sanguijuelas detrás de las orejas estarán indicadas, ó bien la repeticion de la sangría pasadas algunas horas.

Empléense ó no evacuaciones de sangre, siempre conviene despertar la excitabilidad del cerebro, por estimulantes cutáneos (vexicacion por el amoniaco, sinapismos comunes ó de la Hispana, urticacion, botijos y áun cáusticos); además adminístrense enemas purgantes repetidas.

Pasado el ataque, necesario es dirigir al enfermo á

través de las fases previstas de la evolucion patológica.

Oportuno es colocarlo en cama dura, con la cabeza levantada; la habitacion en que se halle debe estar fresca, con sosiego y tranquilidad; tomará como bebida usual un ligero subácido, algun purgante salino de dos en dos dias, ó poco más segun la necesidad; pero si hubiese vómitos, prefiéranse las enemas purgantes. La alimentacion se reduce al uso del caldo; pues miéntras dure el período irritatorio, sólo puede permitirse algun alimento ligero; si el individuo es débil, y si la accion del corazon es poco enérgica, algunas cucharadas de vino, ó de una disolucion de extracto blando de quina.

La encefalitis reparadora se anunciará por dolor de cabeza, y tenemos que emplear el tratamiento de los primeros dias no pocas veces; quizás sea necesario volver á evacuar de sangre, y mucho debemos fijarnos entónces en las condiciones del sugeto; la aplicacion de ventosas escarificadas á la nuca, suele producir satisfactorios resultados; tambien debemos insistir en los derivativos intestinales, y no olvidemos los buenos efectos del tártaro estibiado usado en el caldo, pues por lo comun no produce efecto emético, y sí grandes evacuaciones albinas; y si no obtuviésemos ese resultado, recurramos á los purgantes salinos.

Alguna vez la cefalalgia es muy intensa, y áun se presenta delirio; no olvidemos en este caso la utilidad que se obtiene de las aplicaciones frias.

Despues de esto, termina ya la actividad en el tratamiento, pues todo se reduce á combatir la constipacion de vientre, y á usar una dieta severa, miéntras subsista la cefalalgia y el pulso no se regularice.

Pero ya hemos visto en la descripcion de la enfermedad, que el resultado de la hemorragia más temible, y que por lo comun se presenta, es la parálisis. Reco-

mendemos abandonar la cama algunas horas, ejercitar el miembro donde la parálisis reside, en cuanto comience á reaparecer el movimiento, con el objeto de prevenir por la contraccion la atrofia de los músculos. Empléese la electricidad, que si nada puede contra la lesion del cerebro, provoca contracciones artificiales, y preserva á los músculos de la atrofia. La ocasion de emplearla será cuando haya terminado el período de reparacion, seis ú ocho semanas despues del ataque, pues ántes podria ejercer perjudicial influencia en el padecimiento cerebral.

Por lo que hace al uso de la estrignina y nuez vómica, como medicamentos internos para reanimar la motilidad, bien podemos decir condena su administracion la teoría y la práctica.

La profilaxis de la hemorragia cerebral estriba en cuanto dejamos dicho referente á la congestion, siendo lo principal observar régimen sóbrio, ejercicio al aire libre, evitar toda fatiga ó trabajo intelectual, resguardarse de catarros, pues éstos, modificando las condiciones de la circulacion cardio-pulmonar, y provocando la tos, constituyen una predisposicion para la rotura de los vasos encefálicos; y últimamente, aconsejemos á estos individuos una vida arreglada y en extremo prudente.

CAPÍTULO X.

Hemorragia meníngea.

Sinonimia.—Apoplegía meníngea.

Causas.—La hemorragia de las meninges, ó sea los derrames de sangre en los espacios subaracnoideos, ó

entre la *dura mater* y la aracnoides, por lo comun son producidos por una hemorragia cerebral, que hasta ellas se ha abierto paso: tambien la rotura de algun aneurisma ó arteria degenerada puede ocasionarla.

Anatomía patológica.—La inspeccion cadavérica nos dará á conocer que la sangre está derramada en los espacios subaracnoideos, extendida en forma de capa en gran parte de la superficie del cerebro y cerebelo. Lo comun es que alguna cantidad de sangre esté además en los ventrículos; si se ha derramado entre la *dura mater* y la aracnoides, ordinariamente la cantidad es considerable en la tienda del cerebro y en la base del cráneo, penetrando en el conducto vertebral: ligero aplanamiento en las circunvoluciones, estado anémico cerebral, y reblandecimiento de las capas próximas al foco hemorrágico, es cuanto hallamos como resultado de tan grave lesion.

Síntomas.—Es difícil siempre poder precisar esta hemorragia; pero resulta de las observaciones de los prácticos más experimentados, que podemos sospechar se trate exclusivamente de la apoplegía meníngea, cuando despues de haber acusado un individuo cefalalgia y síntomas precursores de la hemorragia cerebral, es atacado bruscamente de una apoplegía, en que hay completa pérdida del conocimiento, y movimientos clónicos en un lado del cuerpo; si no sale el enfermo de ese estado, y se prolonga uno ó dos dias, sobreviniendo la muerte, casi con seguridad podemos decir sólo entónces, que se ha tratado de una hemorragia meníngea.

Pronóstico.—Es tan grave ó más que el que se hace en la hemorragia cerebral, pues la muerte es la comun terminacion, y nada tenemos que agregar á lo ya consignado.

Tratamiento.—Nos referimos á cuanto queda dicho

al hablar del de la hemorragia cerebral; pues siendo imposible en muchos casos establecer la distincion entre ésta y la meníngea, ó pudiendo ser concomitante, claro es que el tratamiento tiene que ser idéntico, sobre todo cuanto hace referencia á los medios recomendados para poder combatir el período de ataque de la hemorragia cerebral.

CAPÍTULO XI.

Anemia cerebral.

Causas.—Bien podemos colocar entre las principales, cuanto haga disminuir la totalidad de la sangre; por lo tanto, las sangrías, las hemorragias y las pérdidas que pueda haber tenido el individuo, de exudaciones, humores ó largas enfermedades, sobre todo si han sido febriles; enumerémos la clorósis, como una de las principales, y no olvidemos que algunas veces es producida por un trastorno de la inervacion vascular, que suele ser motivado por una emocion moral; la anemia que se origina por esta causa, se caracteriza por la súbita palidez de mejillas y pérdida de conocimiento, viniendo á constituir lo que los antiguos llamaban *apoplegía nerviosa*. La compresion y oclusion de las arterias aferentes, y la acumulacion de crecida cantidad de sangre en otros órganos, son otras tantas causas de la afeccion de que vamos hablando.

Anatomía patológica.—La sustancia blanca del cerebro ofrece un blanco mate en los adultos; un blanco azulado en los niños; pocos puntos sanguíneos ó carencia de ellos, la sustancia gris se halla descolorida, los

vasos meníngeos están vacíos y aplanados, y suele haber más serosidad de la ordinaria en los espacios subaracnoideos.

Síntomas.—No dejan estos de diferir, segun sea la anemia rápida ó lenta.

En el primer caso, que de este modo se presenta cuando es consecuencia de una hemorragia ó de emisiones sanguíneas excesivas, hay desvanecimientos, ruido de oidos, primero contraccion, luego dilatacion pupilar, vértigos, frialdad en la piel que palidece; los movimientos respiratorios que al principio son acelerados, despues se retardan; cae el paciente en estado comatoso, y no deja de ser frecuente se manifiesten convulsiones.

En la forma lenta observamos como en la hiperemia, primero fenómenos de irritacion, despues de parálisis. Acusan los pacientes cefalalgia, les impresiona vivamente la luz y el más ligero ruido; tienen vértigos, náuseas, síncopes; el pulso se hace depresible y pequeño; hay debilidad en los movimientos del corazon, temblor muscular y apatía física é intelectual. En los niños más bien imperan los desórdenes de la motilidad que los de la sensibilidad, y en toda clase de individuos es constante la agitacion y el insomnio, y no es raro el delirio.

Pronóstico.—Siempre reservado por la gravedad que encierra; cuando observemos la dilatacion pupilar subsiguiente á la estrechez y aquella sea permanente, constituye un signo de fatal agüero.

Tratamiento.—En la primera forma ó sea en la anemia rápida, procúrese primero hacer afluir sangre al cerebro, comprimiendo la aorta abdominal y arterias de los extremos superiores; manténgase la excitabilidad del tejido nervioso, con alguna pocion estimulan-

te con vino, algunas gotas de menta y de éter; medios que están indicados como los estimulantes externos, sinapismos, friegas, etc.; pero si desfallece la actividad nerviosa, y por lo tanto las funciones por ellas influenciadas, es conveniente practicar la transfusion de la sangre, recurso extremo y único que no rechazamos, ántes al contrario, que lamentamos no sea posible ponerlo muchas veces en práctica.

Pero si la anemia pertenece á la segunda forma, si es la lenta, en una alimentacion reparadora, en el uso moderado del vino y en los preparados de quina, tendrémos los principales recursos para combatirla.

El tratamiento de la anemia habitual, claro es que se confunde con el de la anemia en general; los ferruginosos y cuantos medios constituyen la medicacion analéptica deben recomendarse; y cualquiera que sea la variedad de esta afeccion, se aconsejará que los enfermos estén acostados, la cabeza poco elevada, pero que no exceda del nivel del tronco; si hay propension á lipotimias, acúdase á los estimulantes enérgicos, y téngase especial cuidado en que estos enfermos no abandonen el lecho miéntras acusen desvanecimientos, pues el olvido de este consejo puede comprometer la vida, no siendo extraño sobrevenga un síncope, que en el delicado estado de estos individuos puede ser de desagradables consecuencias.

CAPÍTULO XII.

Encefalitis aguda.

Sinonimia.—Cerebritis; cerebelitis; reblandecimiento cerebral.

Con este nombre se designa la flegmasia del encefalo cuando es limitada, circunscrita; pues cuando la inflamacion se generaliza, coincide con la meningitis aguda ó crónica, y entónces se llama *meningo-encefalitis.*

Clínicamente debemos estudiar la forma aguda, esto es, la *encefalitis supuratoria,* y tambien la crónica, que es la *neoplásica,* la cual termina en la esclerósis cerebral.

Etiología.—*Forma aguda ó supuratoria:* No sólo la influencia de un aire frio ó intenso, sino el calor excesivo, pueden dar lugar á esta flegmasia de un modo primitivo, sino que tambien las fatigas sensoriales; predispone el sexo; es más frecuente en el hombre; en la edad juvenil se padece más que en la madura, y se cree influye no poco la herencia; bien podemos citar entre las causas ocasionales, los trabajos de cerebro, la insolacion, y los excesos alcohólicos y venéreos.

Agreguemos á estas causas otras, que tanto pueden motivar la encefalitis primitiva como la secundaria, tales son: la inflamacion del oido, determinadas lesiones de la órbita y fosas nasales, la presencia de tumores meníngeos, la alteracion de los huesos del cráneo y el traumatismo cefálico.

Anatomía patológica.—Hallamos inyeccion y con-

gestion de sangre en cantidad considerable; cortada la masa encefálica, hay pequeñas gotas diseminadas; la sustancia cerebral suele estar ligeramente aumentada, y alguna vez más consistente, casi siempre sonrosada y friable ó como reblandecida; si la lesion ha sido muy profunda, no es lo comun esté el reblandecimiento circunscrito, ántes al contrario, la pulpa nerviosa se presentará en forma de papilla.

El foco inflamatorio es único si la encefalitis ha sido primitiva; en la secundaria y en la que sobreviene á consecuencia de enfermedades generales es múltiple: cuando hay un sólo foco, su asiento casi constante es en los cuerpos estriados y tálamos ópticos: su volúmen es variable, desde un guisante hasta el de un pequeño puño; y si son múltiples, el volúmen está en relacion con el número de ellos.

Segun no pocos autores, la verdadera encefalitis es la que termina por supuracion; y como lo más esencial de cuanto decimos en este capítulo se refiere á dicha forma, debemos tener en cuenta que el pus lo encontrarémos infiltrado; entónces la pulpa nerviosa tiene el color amarillo verdoso ó blanco gris, y en algunos casos está reunido constituyendo focos, siendo la consistencia variable; exceptuando los casos en que haya un sólo foco, más bien hemos de encontrar las lesiones de esta afeccion en el cerebro, que en la protuberancia y en el cerebelo.

Síntomas.—Son éstos tan variados y la enfermedad tan irregular, que bien merece toda nuestra atencion: considerémos que unas veces hay pródromos, y otras faltan; que en la mayoría de casos hay períodos de exaltacion y de depresion; otras sólo fenómenos congestivos; los síntomas dependientes de la lesion local pueden ser circunscritos, pero tambien los observaré-

mos difusos, como producidos por los efectos variables que esta lesion motiva en las partes inmediatas, ó en la totalidad del cerebro; tambien verémos ya predominio de síntomas hiperémicos, ya los de una meningitis aguda; en una palabra, hay á nuestra vista tan diversos fenómenos y síntomas, que bien podemos decir es una enfermedad desordenada, que reclama precisemos su descripcion sintomática, para la más fácil inteligencia.

Es indudable que en la mayor parte de los casos se presentan pródromos, que consisten en cierto asombro ó estupor, acompañado de palidez del rostro; suele iniciarse la enfermedad por una parálisis facial poco intensa. Hay despues cefalálgia fija y fuerte, acompañada de cierta perturbacion intelectual, y no tardan en debilitarse las facultades del entendimiento, hasta que se marca verdadera estupidez ó coma; se pierde la memoria, con dificultad se explican las ideas, y se nota cambio de carácter, con tristeza y abatimiento. El delirio que puede acompañarlo, agitacion y locuacidad, no es extraño sea tranquilo; hay pesadez en los miembros ó en un lado del cuerpo; parálisis completa ó incompleta, síntoma que podemos asegurar ser casi constante, como el hormigueo y áun las convulsiones. La parálisis del sentimiento coincide á veces con la del movimiento; mas como todo es irregular en la afeccion que nos ocupa, hay casos en que se marca exceso de sensibilidad y parálisis de la motilidad.

Tambien suele haber parálisis de los sentidos ó de determinados órganos, como la faringe, el esfínter del ano y la vejiga urinaria, por lo que hay ya salida involuntaria, ya retencion de orina.

Desórdenes en el aparato digestivo, podemos encontrar que son simpáticos, como náuseas y vómitos, más comunes al principio.

El pulso, si bien suele estar tranquilo, casi siempre es frecuente; y por último, si se desarrollan abscesos en el cerebro, hasta el último momento no se anuncian, cayendo entónces los enfermos en un profundo coma.

Curso, duracion y terminacion.—Es afeccion que por lo comun dura de uno á dos setenarios, y podemos apreciar en ella período de excitacion, que lo caracteriza el delirio, la agitacion y los movimientos convulsivos; período de transicion, en que sobresale el hormigueo, rigidez, temblor y alternativas de delirio y coma; y período de aplanamiento, en que se marca éste y la parálisis: la terminacion casi constante de la enfermedad es la muerte.

Pronóstico.—Siempre es gravísimo; pues aunque se cita algun caso de curacion, es de creer que el que no sucumba á esta afeccion, quede paralítico ó demente.

Tratamiento.—Debe ser éste enérgico y pronto: si la enfermedad está en su principio, esto es, si el trabajo patológico no ha pasado de una fluxion irritativa, empleemos las evacuaciones sanguíneas generales y locales, consultando el latido del corazon y el estado del pulso; ayúdese la accion de las emisiones de sangre con irrigaciones continuadas frias á la cabeza.

Llena la necesidad más apremiante, sostener una revulsion intestinal fuerte, por medio de un purgante drástico, y luego acudamos á los calomelanos en corta dósis y muy repetidos, para producir rápidamente la salivacion.

Por lo que hace á la aplicacion de moxas y sedales, vejigatorios y áun casquete en el cuero cabelludo, respetemos esa práctica tradicional; pero convengamos en que tales medios sólo acarrean sufrimientos á los enfermos, en la mayoría de casos.

En todo lo demás de que podemos y debemos disponer para combatir esta grave afeccion, nos referimos á cuanto queda consignado en el capítulo de la *meningitis*.

Resta sólo manifestar que, si tan poco potente es el arte para combatir la forma primitiva de esta temible enfermedad, es poderoso para prevenir la secundaria, de orígen traumático ó auricular. Muy eficaces son las evacuaciones de sangre y el uso de los preparados de mercurio; pero no es ménos provechoso el procurar dar salida á los líquidos que puedan acumularse, pues es indudable que la retencion de los flujos otorrágicos es la causa principal de que la flegmasia haga progresos, propagándose al interior.

CAPÍTULO XIII.

Encefalitis crónica.

Sinonimia.—Esclerosis del cerebro.

La palabra esclerosis, implica la idea de una lesion parcial y difusa de la masa nerviosa intracraneana. La constituye el desarrollo anormal del tejido conjuntivo, y la impresion, atrofia y aniquilamiento funcional de los elementos propios del órgano.

Etiología.—Las causas son poco conocidas; se cree influye en su desarrollo la herencia, el habitar en sitios húmedos, y el cometer excesos alcohólicos; nada de positivo consta acerca de la influencia de la edad y sexo, siendo equivocadas las opiniones hasta ahora emitidas acerca del particular.

Anatomía patológica.—Examinando exteriormente

el cerebro, no verémos más que un ligero aplastamiento en las circunvoluciones, y menor profundidad en los surcos. A veces llega á ser tan grande la palidez en la sustancia gris cortical, que se confunde con la sustancia blanca. Los ventrículos, unas veces están reducidos, otras dilatados con bastante serosidad. Ya por medio del corte vemos la alteracion característica en núcleos aislados más ó ménos ovalados, ó redondos y de diverso tamaño, de color blanco gris y de consistencia, pues resisten y áun rechinan al dividirlos.

Estos núcleos tienen su asiento en la parte blanca del cerebro; en la sustancia gris son muy raros, y su número variable; alguna vez es difícil encontrarlos, por pequeños y escasos, pero otras son voluminosos, hasta del tamaño de avellanas, y muchos están reunidos ó diseminados. El sitio que ocupan es distinto; unas veces los hallamos en los hemisferios, en las paredes de los ventrículos, y en el cerebro y cerebelo, al mismo tiempo que en la médula, cordones antero-laterales, y áun en las porciones de los nervios craneanos.

Síntomas.—Unos son congestivos, y éstos acompañan y preceden á la neoplasia; otros explican la inercia, el desórden funcional.

Los primeros, ó sean los síntomas fluxionarios ó congestivos, son unas veces neuralgias ó vértigos pasajeros; otras cefalalgias paroxísticas; y á estos síntomas suele acompañar movimiento febril temporal y elevacion de temperatura.

Los segundos, que son los que constituyen los desórdenes funcionales, son: perturbacion de la inteligencia y del movimiento, pues la sensibilidad rara vez se altera; el desórden de inteligencia consiste en inercia, pérdida de memoria, unas veces en melancolía, impresionabilidad extremada, y otras en torpeza en el decir;

trastorno que está ligado á alteracion en la motilidad de la lengua: los desórdenes del movimiento son parálisis, cuya distribucion viene á constituir carácter casi patognomónico; tan marcados son los desórdenes del movimiento en sus cavidades, que admitimos con gusto lo consignado por Jaccoud en sus lesiones clínicas, pues consideramos encerrado en sus palabras el diagnóstico de la enfermedad: «La abolicion del movi»miento voluntario está distribuida de tal manera, que »no es explicable por una lesion única de los centros »nerviosos, sino que supone la existencia de lesiones »múltiples desarrolladas sucesivamente, y que no pue»den ser más que núcleos de esclerosis.»

Queda dicho que rara vez se altera la sensibilidad; y en efecto, sus perturbaciones son poco constantes, y sobre todo de escasa importancia diagnóstica; puede estar intacta ó ligeramente alterada la sensibilidad cutánea; puede tambien haber desórden precoz en la muscular. En los órganos de los sentidos, segun cuales sean los nervios interesados, podremos observar la ambliopía, amaurosis ó sordera. Generalmente faltan trastornos viscerales, y la nutricion general no se compromete; al contrario, estos enfermos, lo comun es que sucumban á consecuencia de alguna enfermedad intercurrente.

Curso, duracion y terminacion.—Aunque haya algunas exacerbaciones en esta afeccion, la duracion es larga; lo comun de dos á seis años, y aún más, siendo siempre la terminacion funesta; pues si una enfermedad accidental no se encarga de poner fin á la vida, el decaimiento gradual que trae consigo el edema considerable en las extremidades, ó el estado asfíctico, terminan con la existencia, que ya se ha hecho penosa.

Pronóstico.—Teniendo en cuenta lo dicho en el pár-

rafo que precede, siempre lo harémos reservado, pues lo grave del padecimiento hace que el fin sea desgraciado.

TRATAMIENTO.—Recomiendan los prácticos en un principio las preparaciones mercuriales; medicacion racional, pero que no tiene por desgracia la eficacia que fuera de desear; y aunque se han empleado el yodo y sus preparados, el nitrato argéntico, la estrignina, centeno corniculado, duchas y baños de todas clases, como igualmente aplicaciones de electricidad, los resultados no han correspondido á lo que se propusieran sus encomiadores, y á lo que podia esperarse de las propiedades activas de tan preciosos medicamentos. Necesario es convenir en que la medicacion de que podemos valernos es pobre y de escasa confianza, para contener siquiera los progresos de una enfermedad siempre insidiosa y temible, pues queda reducida sólo á combatir síntomas; empléese para los dolores el bromuro potásico, la belladona, ventosas á la nuca y lomos; sustráigase al paciente de cuanto pueda aumentar la fluxion cefálica, y cuando por lo avanzado de la enfermedad no deba emplearse el mercurio, y el yoduro de potasio no haya producido satisfactorio resultado, con el nitrato argéntico á dósis creciente darémos alguna vez tregua á la fatal terminacion.

CAPÍTULO XIV.

Tumores encefálicos.

En una descripcion comun comprenderémos los diversos tumores que pueden tener residencia en el cerebro, y si bien éstos se diferencian por su estructura y

por su significacion nosológica, la analogía que tiene el cuadro clínico, hace que nos decidamos á seguir semejante conducta.

Etiología.—En la historia de los tumores, uno de los puntos más obscuros es el que se refiere á las causas; y para la más fácil comprension, sigamos en este particular á Jaccoud, que es el que precisa y aclara más el estudio de los tumores encefálicos.

Divide éstos en cuatro grupos: vasculares, parasitarios, constitucionales ó diatésicos y accidentales.

Los primeros son los aneurismas de las arterias voluminosas del cerebro, y desde luego puede decirse que su desarrollo es más comun de los 50 á los 60 años, y que tambien favorece su presencia el traumatismo. Los segundos, que son cisticercos y equinócocos, resultan de la emigracion de los embriones. Los terceros comprenden el cáncer, el tubérculo y el sifiloma, los que son expresion local de la enfermedad general que exista.

Del cáncer, podemos decir que es uno de los tumores más frecuentes, y que la edad predilecta para su presentacion es la adulta y la vejez.

El tubérculo casi es exclusivo de la primera; sin embargo, hasta la pubertad se presenta no pocas veces.

El sifiloma pertenece á la sífilis constitucional, é ignoramos qué causas influyan en su desarrollo.

Y respecto á los accidentales, que son los comprendidos en el cuarto grupo, sarcomas ó tumores fibroplásticos, aunque algunos atribuyen su formacion al traumatismo, convengamos en que reina una completa ignorancia, por lo que hace á las causas que pueden originarlos.

Anatomía patológica.—*Tumores vasculares:* Son raros los *aneurismas* de las arterias cerebrales, y nunca

adquieren gran volúmen; los mayores ocupan el sitio predilecto de ellos, que es la basilar; algunas veces las cerebrales medias, las anteriores, etc. Estos tumores contienen sangre líquida ó coagulada, si son pequeños, cuajarones que en ocasiones se prolongan de un modo irregular, comprometiendo la circulacion arterial en distintas regiones del encéfalo. Serán siempre producciones raras los tumores erectiles, y éstos ocupan profundamente la *pia mater* ó los plexos coroides.

Tumores parasitarios: Estos son de dos especies: hay el *cisticerco*, que es el más comun, pues el *equinócoco* es excepcional. Los quistes del primero los hallarémos en la sustancia gris, en la masa blanca y áun en la *pia mater;* su número es variable, de poco volúmen y diseminados. Los segundos son más pequeños; rara vez más de tres quistes; suelen radicar en el cerebro y en el tejido conjuntivo intermuscular ó subcutáneo.

Tumores diatésicos ó constitucionales: El *cáncer* es el más comun de los tumores de este grupo; despues sigue el *tubérculo*, pues el *sifiloma* es raro. Tiene el primero su asiento más comun en el cerebro; suele tener su punto de partida en la cavidad orbitaria, y alguna vez en los huesos, siendo su tamaño variable: si es primitivo, que es lo más frecuente, sólo hay uno; pero si es secundario ó coincide con otros viscerales, es entónces múltiple. Respecto á la variedad de este tumor, que pueda presentarse en el cerebro, tenemos el encefaloides en la mayoría de casos, despues el escirro y el coloides, siendo caso raro se presente el melánico.

El *tubérculo* tiene sitio predilecto para su presentacion, y es éste los hemisferios y el cerebelo; extraño es encontrarlo en los cuerpos estriados y tálamos ópticos, más todavía que tenga su asiento en el mesocéfalo; su número por lo regular no excede de veinte, y se

manifiestan en las sustancias blanca y gris; su tamaño desde el grano de trigo hasta el de cereza, y su color amarillo verdoso. Notable por lo extraño será el que hallemos en ellos la granulacion gris ó miliar, sino el tubérculo amarillo en vias de transformacion grasosa, de modo que viene á ser un depósito caseoso enquistado por una capa conjuntiva, que los separa del tejido nervioso.

El sifiloma, aunque alguna vez se halla en estado de infiltracion difusa, lo comun es que sea verdadero tumor; su asiento, las meninges ó la capa cortical; no es enquistado, generalmente su tamaño varía; nunca adquiere en el cerebro el desmedido volúmen de un puño, como cuando se presenta en otros órganos; el tumor es blando, de color rojo agrisado, con puntos sanguíneos, no da jugo y si lo efectúa es mucoso, claro ú opalino; su punto de partida es el tejido conjuntivo normal. Por último, el sifiloma coincide con análogas lesiones en el hígado, pulmon ú otros importantes órganos, y áun con alteraciones sifilíticas óseas.

Tumores accidentales: Ofrecen variedad; los más ordinarios son los *fibro-plásticos*, llamados por algunos *sarcomas*. Estos tumores nacen generalmente de la *dura mater*, y con más frecuencia se observan en la base que en la convexidad; ya son blandos y gelatinosos, ya presentan cavidades llenas de un líquido claro-amarillento; están compuestos de cuerpos fusiformes, núcleos y vasos, materia amorfa y tejido conjuntivo; muy rara vez tienen vexículas adiposas.

Los tumores con *mielocitos* radican por lo comun en el cerebelo; su aspecto es gris rojizo, y forman masas pequeñas circunscritas, constituidas por hipergenesis de los mielocitos.

Los *colesteatomas* surgen á veces en el esqueleto, en

las meninges y el cerebro; segun Wirchow están formados por la fusion de foquitos aislados en su orígen; la forma de ellos es irregular, la superficie granulada, con reflejo brillante y nacarado; su composicion células epitélicas, con metamorfosis adiposa ó córnea sin vasos: su aspecto y reflejo se debe á la interposicion de sustancia grasa, compuesta de colesterina y estearina.

Hay otros tumores accidentales, que comprenden los exostosis craneanos, sifilíticos ó no, y además producciones raras, que no son otra cosa sino curiosidades patológicas.

Síntomas.—Sea cual fuese la naturaleza de los tumores intra-craneanos, sólo se dan á conocer por síntomas funcionales esencialmente crónicos.

Friedreich, que en particular se ha dedicado al estudio de dichos tumores, hace observaciones muy juiciosas sobre ellos; y de cuanto refiere con respecto al diagnóstico, podemos entresacar para la descripcion sintomática de esta enfermedad lo que sigue, que por lo perfecta que la encontramos merece la preferencia.

Hay por lo comun desde el principio, cefalalgia notable por lo persistente é intensa, que si bien es contínua las más veces, otras es intermitente, va acompañada de aturdimiento y vértigos, en ocasiones de vómitos y despues de alteracion en la vista, siendo frecuente el estrabismo pasajero, perturbacion de los músculos, parálisis ligera del rostro ó de los miembros y espasmos; notándose tambien cierta alteracion en la sensibilidad, como dolores y homigueo; alteracion que si bien tarda en presentarse, es precursora de la parálisis del sentimiento y movimiento. En ciertos casos, como síntoma dominante, verémos fenómenos convulsivos, que suelen afectar la forma epiléptica.

En el período mas avanzado de la enfermedad hay, en las partes paralizadas, convulsiones, contracturas, como tambien se marca entónces la perturbacion de la inteligencia, que principió por debilidad de memoria.

Nada de característico tiene el trastorno, que no es raro en el aparato digestivo, y á ménos que haya alguna complicacion inflamatoria, será normal la circulacion: las alternativas de exacerbacion y remision, que durante la existencia de los tumores intra-craneanos se observan, son producidas por ligeras congestiones en el tumor ó en el cerebro.

Diagnóstico.—No es fácil precisar la localizacion de los tumores de que nos ocupamos; pero siguiendo el estudio por Friedreich, sospecharémos exista en la protuberancia cerebral ó en sus inmediaciones, cuando haya hemiplegia del rostro del lado afecto, y en los miembros en el opuesto.

En la parte anterior de la base, cuando al dolor ó pesadez de cabeza acompañe apatía, pérdida de memoria, adormecimiento y dificultad para la vision, con ausencia de convulsiones y parálisis, pues las perturbaciones de motilidad serán raras en este caso.

Cuando los tumores radiquen en el cerebelo, podemos considerar como signo patognomónico, aunque no constante, la cefalalgia occipital, que aumenta por la presion y movimiento, sin haber fenómenos especiales en el aparato generador.

Creerémos que existen varios tumores, y diseminados en los dos lados del encéfalo, cuando exista una parálisis general.

Curso, duracion y terminacion.—La marcha de esta afeccion es intermitente; su duracion larga y penosa, siendo su término casi siempre fatal.

Pronóstico.—Los tumores encefálicos producen la

muerte, con excepcion de los sifilíticos cuando son recientes; pues si son antiguos, las lesiones irreparables que han producido dan lugar á que el individuo sucumba, á pesar del tratamiento certero y enérgico que pueda ponerse en práctica.

Tratamiento.—Es indicacion principal combatir las congestiones, que siempre agravan y desarrollan los tumores; para ello recomendemos purgantes drásticos, evacuaciones generales y locales, revulsiones cutáneas repetidas: combátase la cefalalgia con aplicaciones de hielo ó de cianuro potásico al interior en corta dósis creciente, la belladona; en ocasiones el ópio y sus preparados, é inyecciones subcutáneas opiadas.

Si fuese síntoma culminante las convulsiones, adminístrese el bromuro potásico, empezando por ocho ó diez granos, hasta tomar una y áun dos dracmas (4 gramos) diarias.

Si los tumores fuesen de orígen sifilítico, recúrrase con grandes probabilidades de buen éxito á los mercuriales y al yoduro de potasio, dando buen resultado, dos dracmas (8 gramos) de yoduro potásico en una libra (400 gramos) de agua, adicionando el biyoduro mercúrico, á la dósis de un grano (0,05) en la cantidad referida: si presenta el enfermo los síntomas secundarios, obténgase la saturacion mercurial por medio de las fricciones con el ungüento mercurial doble ó napolitano.

Rechacemos por inútiles la aplicacion de sedales, moxas y cauterios, tan recomendados en los tiempos antiguos.

CAPÍTULO XV.

Enfermedades de la médula y sus membranas.

Exploracion.—Gracias á los adelantos de los fisiólogos modernos, mucho se ha adelantado en el estudio de las afecciones de la médula; y si bien no ha llegado aún ha adquirirse certeza de determinados afectos, sí poseemos cierta probabilidad en el diagnóstico de sus enfermedades.

Tengamos presente que las lesiones medulares se marcan por perturbaciones en la sensibilidad y motilidad, y áun por trastornos en las interesantes funciones, puesto que no sólo la respiracion y circulacion, sino la nutricion, calorificacion y generacion, sufren más ó ménos, y comprenderémos cuán importante es la exploracion de cada uno de los diversos aparatos que rigen á las funciones dichas, para hacer con la posible precision el diagnóstico de enfermedades, siempre complicadas cuando no difíciles.

Lo más esencial en la exploracion es el estudio de los desórdenes de sensibilidad y de motilidad, pues en ocasiones nos conducen á apreciar el asiento y áun la naturaleza de la afeccion.

La primera suele quedar íntegra, en las partes del cuerpo situadas por debajo de la lesion; otras veces se exalta, se pierde ó se pervierte, lo cual motiva las diferentes sensaciones que los pacientes acusan; y no falta ocasion en que la sensibilidad de tal modo se aumenta que produce un dolor vivo, circunscrito ó extendido por el raquis, que se exaspera por el más ligero contacto en las apofisis espinosas.

Pero la motilidad es lo que con más frecuencia vemos alterada, observándose debilidad, parálisis, ó contracciones clónicas en los músculos; y no sólo los músculos de la vida de relacion son los afectados, sino el diafragma, la vejiga, el esfínter y el recto.

Al hacer la exploracion, fijémonos en los trastornos tan marcados que se presentan en las funciones antedichas. Penosa y algo irregular será la respiracion, con sensacion opresiva en las paredes toráxicas, si la lesion ocupa ó está por encima del bulbo cervical; y lo comprendemos así al considerar cuáles son los nervios que de una manera especial influyen en los actos mecánicos de la respiracion; el espinal ó accesorio de Willis, el frénico, los intercostales y otros, son, segun Bell, los que se hallan en este caso. Pueden igualmente provocarse estos accidentes cuando la lesion se sitúe en la region dorsal, pues la médula es un agente indispensable para la trasmision de algunos movimientos respiratorios. Debemos deducir de esto, que cuando haya trastornos en la respiracion, hay motivo fundado para sospechar está lesionado el cordon nervioso, al nivel ó por encima del bulbo braquial.

Las alteraciones de circulacion no pueden explicarnos ni el sitio ni la naturaleza de una lesion medular; nosotros hacemos ahora abstraccion de cuanto se ha dicho, para sostener y para negar que las contracciones cardiacas sean independientes de la innervacion espinal; sobre tan importante punto fisiológico sólo nos corresponde decir, como clínicos, que los hechos patológicos han venido á demostrar que la circulacion, en las enfermedades medulares, puede llegar á ofrecer frecuencia é irregularidad notables.

Algo modificada está la calorificacion en las afecciones de la médula; lo cual, segun algunos prácticos,

depende de la alteracion y circulacion, como queda manifestado.

La parálisis ataca á veces á los músculos que contribuyen á la expulsion de la orina y de las materias fecales. La túnica musculosa intestinal puede afectarse, de ahí el extreñimiento pertinaz, tan comun en las enfermedades de la médula; y cuando exista paraplegia, no extrañemos observar la parálisis de los esfínteres del ano, que se comprende bien, porque reciben filetes nerviosos de los ramos anteriores del tercero y cuarto par sacros; pero en cambio hay incontinencia de orina, cuando el esfínter de ella está paralizado, y no sólo hay ereccion del pene, sino eyaculacion espermática, cuando diferentes partes de la médula padecen, sobre todo la porcion cervical.

Por último, fijémonos en la carencia de síntomas de afeccion cerebral, si padece la médula; pues siempre será ligero el exámen que se haga, para explorar los padecimientos medulares de suyo difíciles, sobre todo al principio, por presentarse desórdenes nerviosos de variable asiento, y alteraciones agudas ó crónicas que podemos atribuir á las vísceras de las cavidades esplánicas, que vienen á aumentar las dificultades que en gran número de casos hallamos, para formular los diagnósticos de las diversas afecciones que tienen su asiento en la médula espinal.

CAPÍTULO XVI.

Meningitis espinal.

Como enfermedad independiente, nunca se observa la inflamacion de la *dura máter*, por contigüidad la desarrollan lesiones traumáticas, y con particularidad alteraciones de las vértebras.

La *aracnoiditis* coincide con lesion análoga de la *pia máter*, y bien podemos decir no es fácil limitar los padecimientos flegmásicos de las cubiertas medulares, pues las más veces esta inflamacion acompaña á la meningitis cerebral, y otras marcha á la par de la mielitis, constituyendo la meningo-mielitis; segun los resultados estadísticos, muy raro es se presente aislada la meningitis espinal, por lo que brevemente nos ocuparémos de ella en este artículo.

Etiología.—Primitiva ó secundaria, prefiere el sexo masculino, la edad juvenil y la adulta.

Aunque consideremos hipotético el estudio de las causas de esta enfermedad, se da cierto valor para producir la meningitis espinal primitiva al frio, insolacion y esfuerzos más ó ménos violentos; así como para motivar la secundaria, al traumatismo, reuma y alteraciones óseas.

Anatomía patológica.—Cuando la forma de la enfermedad ha sido aguda, están engrosadas é inyectadas las meninges, pero las lesiones radicarán en la *pia máter* y espacio subaracnoideo; en éste hay productos derramados de pus ó serosidad coposa y turbia, que alguna vez está teñida de rojo por la sangre; la mem-

brana puede estar hipertrofiada, turgente é infiltrada de líquido sero-sanguinolento, presentando en su cara externa un exudado fibrinoso membraniforme, que se extiende sobre la cara profunda de la aracnoides. Si no coincide con esta afeccion la mielitis, hallarémos palidez en la médula, y anemia en el punto que corresponde á la meningitis, y aunque no hay alteracion en su tejido, sí está disminuido en consistencia.

Si hacemos la necropsia, en el caso de haber sido la forma crónica, notarémos ser más ligeras las lesiones; sí hay congestion y edema en la *pia máter*, bridas en la cavidad subaracnoidea y líquidos turbio-opacos, y en ciertos casos sanguinolentos: cuando la marcha del mal fuese muy lenta, hay grosor en la *pia máter* y proliferacion de las prolongaciones conjuntivas, que esta membrana da al eje raquídeo. La práctica nos enseña, que la forma crónica de meningitis espinal se presenta en la mayoría de casos aislada, lo cual no es frecuente observar en la forma aguda.

Síntomas.—Pocas veces empieza la aguda por escalofrios; más bien hay elevacion de temperatura, estado febril y dolor local: atribuirémos á la excitacion anormal de las raices nerviosas, los síntomas primitivos de la afeccion; hay dolor, estado hiperestésico, esto es, desórdenes de sensibilidad, tambien espasmos, hiperquinesias, ó sea desórdenes de motilidad, que nos da á conocer la irritacion de las raices anteriores.

El dolor es raquídeo, otras veces de cintura, ó irradiado á los miembros; en estos dos últimos casos, atribuirémos estos fenómenos á la irritacion de las raices posteriores. Los espasmos que provocan la excitacion de las raices anteriores, serán contracturas, cuya extension tiene que corresponder con el sitio que el mal ocupe.

En la meningitis de que tratamos, si el mal se extiende á los músculos de la respiracion, lo cual puede suceder desde el principio, motiva á veces notable disnea, y bien esté el pulso débil ó no, pero con excesiva frecuencia, debemos alarmarnos, pues la asfixia tal vez concluya con el paciente.

En otros casos no se afectan dichos músculos, ceden los primitivos síntomas, y alguna vez, aunque rara, se efectúa lentamente la curacion; otras, y es lo más general, disminuyen los síntomas espasmódicos, y relucen los de compresion medular, como lo indica la paraplegia que se presenta; pero sin llegar á ser tan completa como cuando la lesion es medular, pues hay sensibilidad y contracturas parciales.

La duracion de esta forma de meningitis, puede prolongarse hasta dos y áun tres setenarios.

La meningitis espinal crónica sucede á la aguda en determinadas ocasiones, pero lo más comun es que la observemos como primitiva.

Tenemos en ella dos clases de síntomas: los primeros que se presentan corresponden á la excitacion producida por la irritacion meníngea, y los segundos á la parálisis motivada por el derrame.

Los síntomas que primeramente se presentan, se refieren sólo á la sensibilidad; el dolor ocupa la region vertebral, y en los miembros producen mutaciones rápidas, que simulan dolores vagos, llamados reumáticos. Despues es cuando aparecen los síntomas de parálisis, y es el momento en que se aclara el diagnóstico. La paraplegia empieza de un modo lento, sólo por debilidad; primero es imposible andar y sostenerse en pie; luego hay sensacion plantar de hormigueo, indicio de anestesia próxima; y despues de invadir los extremos inferiores, ataca los músculos de la vejiga y del recto,

propagándose más tarde á los miembros superiores.

La marcha en la meningitis espinal crónica suele ser larga, dando lugar á que la médula se afecte profundamente en la mayoría de casos, y se presenten síntomas, ó más bien fenómenos, que demuestran alteracion profunda en la sensibilidad y en la motilidad.

Pronóstico.—Tanto en la forma aguda como en la crónica es grave; pues si bien en el momento no ocasiona la muerte, los desórdenes que en pos de sí trae, ó las complicaciones que pueden presentarse, producen tales trastornos en los centros nerviosos, que ocasionan una fatal terminacion.

Tratamiento.—Análogo al de la meningitis cerebral; dicho se está cuán indipensable es observar con atencion los síntomas y obrar con energía, teniendo en cuenta que las evacuaciones sanguíneas generales y locales, las fricciones con el ungüento napolitano á la columna vertebral, el uso del calomelanos á alta dósis y repetidas (2 granos por hora), son los medios más eficaces para combatir una afeccion siempre grave; y cuando se trate de la forma crónica, acudamos al yoduro potásico en alta dósis, á los pequeños volantes á la region vertebral, y á las duchas frias; pero en determinados casos, tendrán importancia los baños termales, siempre que la meningitis aislada haya sido causa de la parálisis que exista. La sustraccion de las influencias atmosféricas y de lugares ó habitaciones húmedas, como tambien el observar ciertas reglas higiénicas en la alimentacion y costumbres, serán preceptos útiles que nunca encomiarémos lo suficiente.

CAPÍTULO XVII.

Mielitis aguda.

La inflamacion de la médula puede ser distinta, segun los síntomas y lesiones que produce, y áun por las causas que la motive; razon por la que estudiamos en diferente capítulo la forma aguda y la crónica.

Etiología.—Así como causas internas producen más bien la mielitis crónica, la aguda es originada por causas traumáticas y accidentales, entre otras, el traumatismo del ráquis, alteraciones patológicas de las vértebras y de las meninges, podemos considerar como las principales y frecuentes; no por eso los esfuerzos violentos, la impresion de temperaturas extremas y los excesos del cóito dejan de ocasionarla; y aunque se citan enfermedades que parece ejercen influencia para su presentacion, podemos decir que las que tienen una potencia patogénica preponderante, son las lesiones de la vejiga urinaria.

Anatomía patológica.—Mucha analogía encontramos en las lesiones del tejido medular, con las que hallamos en el cerebro cuando se trata de su flegmasia; así es que no sólo vemos rubicundez, inyeccion é induracion del tejido, sino que cuando ha sido rápido el curso de la afeccion, hallarémos flojedad y reblandecimiento en la médula, con iguales variaciones de color que en el cerebro; pero aunque observemos al mismo tiempo focos de pus, éstos sí son más raros y pequeños, que los que llegan á formarse en la encefalitis.

Síntomas.—Casi siempre la mielitis aguda está complicada con la meningitis espinal; por lo tanto, podemos referirnos á muchos de los síntomas enumerados al hablar de dicha afeccion.

Sin embargo, son síntomas de la mielitis, la fiebre intensa desde el principio, sensacion de hormigueo ó entumecimiento de los dedos, alguna vez vómitos biliosos y convulsiones parciales; pero despues se fija dolor en más ó ménos extension del ráquis, parálisis que interesa el movimiento de los músculos, y en ocasiones tambien la sensibilidad, atacando principalmente los miembros inferiores, vejiga y recto. Hay contractura, dolor en los miembros afectos, sacudidas nerviosas; y la respiracion será más ó ménos penosa, segun se hallen ó no interesados los nervios y músculos de la respiracion.

Pero áun en estos síntomas, que tan propios son de la mielitis, debemos fijarnos en el sitio lesionado, pues esto induce á modificaciones más ó ménos apreciables.

Si la enfermedad tiene su asiento en la region lumbar, claro es que la parálisis será de los extremos inferiores, y que podrá haber retencion de orina, salida involuntaria de materias fecales, y el dolor estar fijo en los lomos.

Mas si la mielitis es dorsal, entónces el dolor radicará en esta region; habrá paraplegia, sacudimientos convulsivos del tronco, agitacion seguida de resolucion de fuerzas, palpitaciones irregulares, y respiracion corta y anhelosa.

Cuando la mielitis es cervical, suele ser precedida de disfagia y de otros síntomas de angina, dolor en la region cervical, rigidez en esa parte y en los miembros superiores, hormigueo en las manos y parálisis de los extremos correspondientes, y no pocas veces de los in-

feriores; en este caso la respiracion se efectúa á expensas del diafragma, y es penosísima. Los síntomas son tanto más alarmantes, cuanto más próximo al cerebro resida la mielitis; no extrañemos, pues, que haya perturbacion sensorial, delirio, rechinamiento de dientes, tricmo, disfagia, entorpecimiento para articular la palabra, respiracion tumultuosa y desordenada, etc., siguiendo á esto la parálisis general, más fenómenos convulsivos, contractura y latidos tumultuosos del corazon.

Curso, duracion y terminacion.—La marcha de la mielitis aguda es rápida; puede matar en los cuatro ó seis primeros dias, por síncope ó colapsus, ó prolongarse tres ó cuatro setenarios; por regla general es la terminacion fatal; dura poco cuando es cervical; si fuese lumbar es duradera, y en este caso puede persistir la parálisis, y pasar al estado crónico; de todos modos es vário su curso y desastroso su fin.

Pronóstico.—Gravísimo, aunque alguna vez pase al cronicismo, pues en la mayoría de casos ocasiona la muerte.

Tratamiento.—Poco eficaz es el de esta afeccion; recomiéndase cuanto hemos dicho al hablar de la meningitis espinal; pero en lugar de vejigatorios volantes, empleemos moxas y cauterios á los lados de las apófisis espinosas, en el sitio donde corresponda la inflamacion: alguna vez podrán tener indicacion las evacuaciones generales de sangre; lo más comun será aplicaciones de sanguijuelas sobre la columna vertebral; útiles son los calomelanos por el método de Low, los baños de chorro salinos ó sulfurosos prolongados, y cuantos medios higiénicos quedan en el artículo anterior recomendados, serán si no tan eficaces como fueran de desear, al ménos útiles para combatir tan grave afeccion.

CAPÍTULO XVIII.

Mielitis crónica.

Esta enfermedad bastante frecuente, llega á caracterizarse anatómicamente por uno ó más focos de reblandecimiento, ó por la transformacion conjuntiva de la neuroglia, con destruccion de los elementos nerviosos, esto es, por la esclerósis.

Causas.—Si bien la edad, el sexo y la herencia influyen, aunque no de un modo determinado, en la presencia de esta afeccion; sí podemos convenir en que esta flegmasia crónica, es siempre favorecida por todas aquellas circunstancias que provocan congestiones medulares, y por ello enumeramos entre las principales, los excesos venéreos, el onanismo, la accion del frio húmedo continuado, etc.

Anatomía patológica.—Unas veces hallarémos focos de reblandecimiento, otras esclerósis pura. Esos focos que tienen analogía con los de la mielitis aguda, se diferencian por no tener color, y se hallan en plena regresion; á su nivel puede haber una induracion periférica, debida á una esclerósis limitada que los circunscribe; en ocasiones, á más de inyeccion meníngea, la *pia máter* está engrosada, y se constituye la meningitis esclerosa limitada.

La esclerósis antero-lateral, unas veces es circunscrita y otras difusa; hay consistencia de tejido, color leonado igual, si la afeccion es antigua; con estrías blancas si es reciente, que son formadas por fibras nerviosas rotas, pero persistentes. Las demás lesiones que en la médula encontramos, pueden referirse á las descri-

tas al hablar de la forma aguda, y tambien de la encefalitis.

Síntomas.—Difieren los síntomas de esta forma respecto de los que presenta la aguda, en su menor intensidad y gran duracion del padecimiento, pues por término medio podemos decir es de dos á seis años; hay dolor fijo limitado á un punto de la espina vertebral, calor incómodo, prurito é inquietud en los extremos inferiores; esto puede persistir más ó ménos tiempo; despues sobreviene debilidad y parálisis gradual de los extremos inferiores, más notable en la motilidad que en la sensibilidad, y más marcada cuando está el enfermo en movimiento, que no cuando permanece sentado ó acostado. Aunque con ménos frecuencia que en la mielitis aguda, hay contracturas, y si bien no son síntomas constantes, no deja de presentarse la parálisis de la vejiga y la del recto, pero lentamente; en esta forma no hay fiebre.

Curso, duracion y terminacion.—Ya hemos visto que la marcha es larga y pesada; que dura de dos á seis años; su terminacion es mortal, pues los progresos del mal no pueden conducir á otro extremo.

Pronóstico.—Teniendo en cuenta lo dicho en el párrafo que precede, comprendemos cuán grave es, pues no hay curacion posible: la muerte termina con los individuos, bien por la ascension de la parálisis, por la caquexia espinal, ó por alguna complicacion, entre las que juega importante papel la ascitis y la pleuroneumonía.

Tratamiento.—Los más de los autores recomiendan los revulsivos locales más ó ménos activos, como los vejigatorios, moxas, sedales, cauterios, etc.; pero justo es decir que con tratamiento tan rigoroso y molesto, pocas veces se obtienen los resultados que fueran de desear;

sin embargo, cuando la enfermedad reconoce por orígen el reumatismo ó la supresion brusca de la traspiracion, sobre todo del sudor de los pies, los resultados han sido satisfactorios.

La belladona, el ópio y sus preparados al interior á dósis cortas, y al exterior en aplicaciones repetidas, como tambien el cloroformo, producen buen resultado, pues calman el dolor. De los chorros salados, de los baños de mar y de los minerales, obtendrémos buen éxito, siquiera no sea éste tan satisfactorio como se deseara, no habiendo síntomas de excitacion: en este caso mientras que la electricidad produzca sacudidas musculares, como que activa de esa manera artificial la lánguida nutricion de los músculos, podemos emplearla como uno de los muchos medios paliativos, pero en general debemos decir que el tratamiento es impotente, á ménos que el orígen de las enfermedades sea sifilítico.

CAPÍTULO XIX.

Ataxia locomotriz progresiva.

Sinonimia.—Mielitis crónica posterior; esclerósis medular posterior; degeneracion gris de los cordones posteriores; asinergia locomotriz progresiva; tabes dorsal.

Definicion.—Es una afeccion determinada por la esclerósis de los cordones blancos posteriores, y de la sustancia gris posterior; produciendo principalmente, la abolicion progresiva de la coordinacion de los movimientos.

Etiología.—La edad y el sexo, figuran poco como causas en esta afeccion; sin embargo, el hombre de 20

á 40 años se encuentra más predispuesto que la mujer. Vése jugar algun papel á la herencia, en el desarrollo de esta entidad morbosa.

Como causas casi determinantes, son las más abonadas el alcoholismo, el exceso en la Venus, la sífilis y el traumatismo.

Anatomía patológica.—Descubriendo la médula espinal, se observan reblandecimientos circunscritos en la region posterior, sobre todo al nivel del nacimiento de los pares nerviosos correspondientes. Este reblandecimiento está rodeado de un tejido escleromático, que indica el orígen inflamatorio de la ataxia. Tales procesos afectan una longitud algo extensa de la médula, disminuyendo de abajo arriba.

A más de las lesiones medulares, el encéfalo nos ofrece en los últimos períodos, atrofia de los pedúnculos inferiores del cerebelo, cuerpo rectiforme, tálamos ópticos, nervios, papila óptica, etc.

El gran simpático suele tambien afectarse. Finalmente, los músculos se encuentran atrofiados, y con degeneracion gránulo-grasienta.

Síntomas.—Para comprender bien los trastornos que acarrea esta afeccion, séanos lícito decir dos palabras sobre las raices posteriores.

Los cordones posteriores nacen por tres raices: una externa, que marcha por el cordon lateral de la médula, haciéndose comunicar con los tálamos ópticos; la media, que va al asta posterior de la sustancia gris medular; y la interna, que se pierde en la parte interna de este asta. Cada una de estas tres raices, tiene un papel fisiológico determinado; la externa transmite al cerebro las impresiones; la media es realmente la sensible, y por mediacion de la interna, es convertida la corriente sensitiva en motora, es decir, es la causa de los movimientos reflejos.

Con estos datos anátomo-fisiológicos, penetremos de lleno en el cuadro razonado de síntomas, sin presentar las distintas teorías que se han expuesto sobre la patogénesis de la afeccion que nos ocupa; pues no sólo serviria para involucrarnos, sino que además, la índole de este tratado rechaza descender á tales cuestiones.

Como afeccion de naturaleza inflamatoria, suele comenzar por dolores espinales, que bien se fijan en la cintura, determinando constriccion, ó se irradian á los miembros por accesos (dolores fulgurantes). Tras de estos dolores, comienzan los trastornos de motilidad en los miembros inferiores; trastornos que, como dependientes de una lesion inflamatoria en el tejido nérveo, aparecen primero fenómenos de excitacion, seguidos del estado depresivo correspondiente.

Los enfermos se sienten fatigados en la marcha, haciendo esfuerzos innecesarios para la progresion, lo cual no es más que el aumento de la corriente nerviosa anterior, comunicado por el estado irritativo de los cordones posteriores.

Como está alterada la comunicacion cerebral á consecuencia de la raiz externa, los enfermos al andar necesitan fijar mucho la atencion; la estacion vertical les es molesta, oscilan y tienen que sentarse; hay contracciones distintas en algunos grupos musculares, sintiendo los enfermos al fijar su planta en el suelo, movimientos ilusorios de trepidacion. A consecuencia de la excitacion de la raiz interna, se exageran los movimientos reflejos.

A medida que va corriendo el mal, van aumentándose algunos de los síntomas mencionados, conmutándose otros y apareciendo nuevos.

Al principio, el enfermo movia sus extremidades en la cama con entera libertad, movimientos que se van

extinguiendo poco á poco, haciéndosele muy molesto cualquier decúbito que quiera afectar.

Perdida casi por completo las relaciones cerebro-espinales, al andar necesita suplir con la vista este desórden orgánico, dirigiendo sus ojos á los pies para ver cómo los ha de levantar: tanto es esto así, que obligándole á cerrar los ojos, oscila, marcha en distintas direcciones, cayéndose por último.

Los actos reflejos se disminuyen; la hiperestesia pasa á ser anestesia, sobre todo en la region plantar, lo que ocasiona que no teniendo el paciente sensacion tactil del suelo, ni corriente refleja coadyuvante propiamente dicha, fije su planta inciertamente, levante el pie tembloroso y sin firmeza, dirigiéndose á puntos opuestos del que desea; ocasionando al andar un golpeteo característico. En tal estado, se necesita un sosten para la progresion y estacion vertical, la que al afectarla el enfermo separa bien los pies, como queriendo asegurar su centro de gravedad.

Para terminar, bajo el punto de vista de la motilidad y sensibilidad general, sólo diremos que cuando la afeccion ha tomado cierto grado de desarrollo, sólo permite estar en la cama, aumentan los dolores lumbagos, sobrevienen parálisis y propagacion de la anestesia.

Pero tócanos ántes de terminar, hablar de ciertos desórdenes concomitantes: 1.° A consecuencia de lesiones papilares y retinianas, sobreviene la ambliopía y á veces la ceguera. 2.° Paralizándose el tercero, el sexto par y rara vez el cuarto, vienen desórdenes de motilidad en los músculos del ojo. 3.° Naciendo de la sustancia gris los filetes simpáticos del músculo radiado del íris, y del músculo orbitario inferior, se excitan éstos, sedándose despues, lo que hace que el ojo al principio esté deprimido con contraccion pupilar, haciéndose prominente despues con dilatacion de la pupila.

Réstanos decir, que las funciones gastro-intestinales, circulatorias, genitales, etc., nos brindan alteraciones várias, segun los filetes que se interesen.

Curso, duracion y terminacion.—El curso es irregular y lento; interrumpido, ya por períodos estacionarios, ya por rápidas accesiones.

La duracion, como término medio, de cuatro á seis años.

La terminacion mortal, ora dependiente de la tabes dorsal, ora causada por haberse interesado algun órgano presidencial de la vida.

Diagnóstico.—Véase el cuadro correspondiente.

Pronóstico.—Reservado por su mucha gravedad.

Tratamiento.—Por lo comun, aunque se han propuesto y ensayado muchos medios, no han dado el resultado que era de desear. Sobre la columna vertebral se han aplicado moxas, cauterios, sedales, usándose hasta la cauterizacion puntuada con el hierro candente.

Para moderar los síntomas de excitacion, se han empleado la belladona en píldoras y fricciones, el sulfato de atropina en pocion, píldoras ó inyecciones subcutáneas; el bromuro de potasio á altas dósis, como de 4 á 5 gramos diarios (de dracma á dracma y media), llena igual indicacion; el ópio y sobre todo la codeina, á 6, 8 ó 10 centígramos (de 1 á 2 granos); el cloroformo y el hidrato de cloral, figuran en la misma línea. Llegando al segundo período, al presentarse los síntomas depresivos, debemos emplear el sulfato de estrignina, el fósforo y el nitrato de plata. A más de estos medios, cuenta la terapéutica con el tratamiento termal, la hidroterapia y la electricidad. Este último recurso es el que ha ofrecido mayores ventajas, valiéndonos de las corrientes contínuas.

Para terminar, expondrémos que cuando se cree la afeccion dependiente de un estado sifilítico, el yoduro de potasio juntamente con el biyoduro de mercurio, debe usarse hasta la saturacion.

CAPÍTULO XX.

Enfermedades de los cordones nerviosos, con lesiones constantes y apreciables en su textura. Neuritis.

Definicion.—Es la inflamacion de los cordones nerviosos.

La neuritis espontánea es excepcional; la primitiva es rara, y la causa que la produce las más veces es la impresion del frio: la neuritis que generalmente se presenta, es la secundaria.

Etiología.—El traumatismo, la flegmasia de los tejidos inmediatos á los nervios y la presion de cuerpos extraños; pues las demás causas de que nos hablan los autores, no sólo son difíciles de apreciar, sino de comprender.

Anatomía patológica.—Puede ser que la inflamacion ataque sólo al neurilema, y esto se caracteriza por la rubicundez, inyeccion y pequeñas extravasaciones que en el mismo observamos, y puede tambien la inflamacion alcanzar al mismo tiempo á los elementos nerviosos. El contenido tendrá color anormal, se hallará reblandecido; unas veces seroso y otras sero-fibrinoso, se presenta el exudado que se derrama en el neurilema, ó en los intersticios de las fibras nerviosas. En ocasiones, despues de la reabsorcion de la pulpa ner-

viosa desorganizada de un nervio inflamado, no queda más de él que un cordon compuesto de tejido conjuntivo.

Síntomas.—El más constante y de mayor importancia es el dolor, que continúa por el trayecto inflamado hasta sus terminaciones; éste aumenta por la presion, y no presenta exacerbaciones tan marcadas, ni remisiones tan evidentes, como los dolores neurálgicos. Al principio, se siente en los puntos que corresponden á la periferia, una sensacion de entorpecimiento, y despues una anestesia completa, á pesar de lo que continúan los dolores; si el nervio afecto contiene al mismo tiempo fibras motrices, se unirán á los dolores sacudidas y contracturas, mientras está disminuida ó perdida la facultad de contraer á voluntad los músculos. Si es superficial, el nervio enfermo se percibe formando un cordon duro, tumefacto y doloroso, y los tegumentos pueden estar más ó ménos enrojecidos.

Lesiones de nutricion suelen tambien producirse, como la atrofia de los músculos; y á más de los síntomas localizados descritos, la inflamacion de los nervios sensitivos y mixtos, provoca irradiaciones dolorosas y movimientos reflejos; pero en la mayoría de casos no se presenta fiebre, á ménos que la afeccion no se halle complicada con otras inflamaciones.

Curso, duracion y terminacion.—El primero puede ser agudo ó crónico, y por lo tanto la duracion variable; unas veces cesan los dolores, y la curacion es completa; pero otras sobreviene la parálisis del sentimiento ó del movimiento.

Pronóstico.—No siempre podemos formar un pronóstico lisonjero, segun se desprende de lo consignado en el párrafo anterior, que nos obliga á hacerlo reservado en ciertos casos.

TRATAMIENTO.—Necesario es primero inquirir la causa que ha dado lugar á la neuritis; tal vez la presencia de algun cuerpo extraño puntiagudo motive la afeccion, en cuyo caso extráigase, y cuídese la flegmasia producida en los tejidos inmediatos.

Si la neuritis está circunscrita, convienen sanguijuelas ó ventosas escarificadas á lo largo del nervio; en seguida favorézcase la resolucion del trabajo flegmásico, y mitíguense los dolores con aplicaciones frias ó fricciones con el ungüento napolitano; si el dolor es intenso, inyecciones hipodérmicas con una sal de morfina; tambien pequeños vejigatorios volantes, que se curarán con pomadas de ésta ó de otros análogos medicamentos calmantes.

Algunas veces; terminado ya el proceso flogístico y mitigado el dolor por completo, se queda el nervio inútil para ejercer sus funciones: nos encontramos con una parálisis mayor ó menor de la motilidad unas veces, y otras de la sensibilidad; en este desgraciado caso, pocos son los recursos de la medicina; pero consignemos que no deja de obtenerse buen resultado del uso de los baños sulfurosos, y áun de las aplicaciones de electricidad. Si fuese primitiva y la produjese la supresion de la traspiracion, los diaforéticos, los révulsivos y los baños de vapor, nos darán buen resultado.

CAPÍTULO XXI.

Atrofia de los nervios periféricos.

Modernamente Jaccoud se ocupa de esta lesion, que no encontramos descrita en las obras antiguas, y en

las de nuestros tiempos sólo hallamos descripciones confusas é incompletas, siempre insuficientes para comprender con la seguridad debida semejante lesion.

Etiología.—Admite este buen práctico tres formas de atrofia en los nervios: una mecánica, otra producida por inercia, y la espontánea.

Puede decirse, que la primera reconoce por causas las más veces la compresion de los nervios; otras el traumatismo; así es que la presencia de algun tumor, los productos de exudacion vértebro-cranianos, una deformidad huesosa al nivel de un agujero de conjuncion, etcétera, hará se paralice un nervio por atrofia.

La segunda forma se presenta en aquellos nervios cuyos órganos centrales ó terminales han cesado en su funcion; así es que la supresion de ésta en los órganos terminales, es lo que influye en la atrofia de los nervios de la sensibilidad, y la de los órganos centrales acarrea la atrofia de los nervios de la motilidad.

En la tercera forma, en la espontánea, ni la alteracion de los órganos centrales ó terminales, ni condicion alguna mecánica, puede explicar su presencia; tiene existencia propia, bien sea primitiva, bien consecutiva á una neuritis espontánea; hay en esta forma el particular carácter de aparecer indistintamente en varios puntos del aparato nervioso periférico, esto es, generalizarse, y ataca los cordones nerviosos por pares ó grupos, invadiendo los nervios asociados por comunidad de orígen.

A pesar de la obscuridad que hay acerca de las causas de la atrofia espontánea, parece indudable que el frio y la humedad ejercen influjo especial en su desarrollo.

Anatomía patológica.—No siempre hay la misma alteracion; pues unas veces hallarémos la esclerósis atrófica, y otras la degeneracion grasosa; pero cuan-

do sucede esto último, el neurilema está intacto, la alteracion se limita á la médula; pero si hay esclerósis atrófica, unas veces sólo encontramos esta lesion, pero otras presenta con la transformacion grasosa, una hiperplasia de los elementos conjuntivos y depósitos amiloideos; este estado ó alteracion esclero-grasienta parece presentarse, sobre todo, en aquellos casos en que la afrofia fué producida por una neuritis espontánea.

Síntomas.—Una ligera descripcion, siguiendo á Jaccoud, nos dará á conocer las tres principales formas que admite: *atrofia limitada, la de los nervios raquídeos y la de los craneanos.*

Atrofia limitada: Ésta, como producida por causa mecánica, por las que obran sobre un nervio ó sobre ciertas ramas, produce sus efectos circunscritos, v. gr., la atrofia del facial, la de los nervios pelvianos y femorales, por compresion intra-pelviana, etc., son tipos exactos de esta forma.

La parálisis que se produce, presenta los caractéres propios de la parálisis que depende directamente de los nervios periféricos; pero siempre que hay atrofia de los nervios, será más precoz la muscular que en cualquier otro caso de parálisis periférica; además, la antigüedad es dato de valor; si la parálisis circunscrita lo es, podemos deducir existe atrofia en el nervio correspondiente.

Atrofia de los nervios raquídeos: En esta forma vemos una afeccion paralítica y atrófica, que desde el principio tiene su asiento en muchas ramas nerviosas, y que es difusa y progresiva. Este carácter de la forma de que nos ocupamos, da lugar á considerar en ella cierta relacion con la atrofia muscular progresiva, y con la esclerósis difusa medular. Es comun observar además en esta atrofia, que traspasa el dominio de los nervios

raquídeos, y áun suele invadir alguno de los cráneo-motores; entónces podemos ver parálisis cefálicas, que como las raquídeas, están caracterizadas por la pronta abolicion de los movimientos electro-reflejos.

Atrofia de los nervios craneanos: Es indisputable que la atrofia puede ser exclusivamente de los nervios craneanos, siendo producida por compresion ó por alteracion espontánea. El desarrollo de un tumor en la base del encéfalo, ó la presencia de exudados en las meninges basilares, producen una parálisis difusa de los nervios del cráneo, sin dar lugar á notables síntomas convulsivos ni intelectuales. Pero si la atrofia es espontánea, se circunscribe á los nervios motores emanados del bulbo, é invade simétricamente el facial, el glosofaríngeo, el hipogloso y el espinal. La atrofia por compresion avanza, siendo atacados los nervios próximos unos á otros; la atrofia espontánea se extiende en relacion al destino fisiológico de los nervios, esto es, paulatinamente ataca á los que están encargados de cumplir determinados actos funcionales.

Curso, duracion y terminacion.—El desarrollo de la atrofia de los nervios periféricos es más ó ménos rápido; no hay observaciones suficientes para que podamos decir nada con seguridad, por lo que hace á su curso y duracion; pero en general su marcha es lenta, y la terminacion nunca satisfactoria; pues durante ella suelen presentarse complicaciones que ponen fin á la vida; frecuentes son las lesiones bruscas del cerebro que pueden sobrevenir, y no ménos las del aparato respiratorio en primer término, luego las del circulatorio, todas de suma gravedad, por los desórdenes preexistentes de innervacion.

Pronóstico.—Fácil es deducir en vista de lo expuesto, que en todos los casos será éste gravísimo.

TRATAMIENTO.—No podemos detenernos mucho en él; pues haciendo abstraccion de ciertos casos en que la causa de la atrofia es la compresion, y ésta puede estar al alcance de la cirugía para hacer desaparecer lo que motiva la atrofia limitada, no contamos sino con medios sólo capaces de mejorar en algun tanto los sufrimientos del paciente, y dar lugar á que se presenten períodos en que la afeccion permanezca estacionada por más ó ménos tiempo. Para conseguirlo, se recomienda la electrizacion, el uso de los baños sulfurosos en general, la hidroterapia y una medicacion tónica, ayudada de las sustancias yoduradas más activas.

CAPÍTULO XXII.

Atrofia del sistema nervioso trófico. Atrofia muscular progresiva.

Se caracteriza esta enfermedad, por la debilidad y extincion parcial ó total de las funciones de locomocion, que podemos referir á una atrofia de los músculos de la vida de relacion; tanto en su distribucion como en su desarrollo y marcha es irregular, y su carácter anatómico es la degeneracion gránulo-grasosa de las fibras musculares.

No ha sido aún resuelta la cuestion acerca de la naturaleza de esta enfermedad; pues mientras unos sostienen que consiste en un estado morboso de las raices de los nervios con atrofia consecutiva de los músculos, hay prácticos distinguidos que opinan es una afeccion primitiva del tejido muscular; pero no es infundado creer con Jaccoud, que la condicion anatómica y pato-

génica consiste en una lesion del sistema simpático ó trófico, que es lo que imprime carácter clínico á la afeccion.

Etiología.—Aunque sean las causas poco conocidas, hagamos notar que se padece en la edad adulta, que es rara en la mujer, que la herencia ejerce influencia notable para su desarrollo, como los excesos en trabajos musculares, la influencia del aire húmedo, los desórdenes venéreos y la sífilis, agregando algunos autores la intoxicacion saturnina.

Anatomía patológica.—Las lesiones de esta enfermedad las encontramos en los sistemas muscular y nervioso. Los músculos se presentan á nuestra investigacion pálidos, flácidos; en período avanzado los constituye un tejido célulo-fibroso; y cuando la afeccion llega á desarrollarse, la grasa, infiltrándolos, viene á reemplazar á la fibra carnosa; las estrías transversales desaparecen, luego las longitudinales; hay disminucion de los haces musculares, y el contenido del sarcolema ó miolema tiene segmentacion granulosa, opaca, de naturaleza azoada, soluble en ácido acético, y que no sufren modificacion ni por el alcohol ni el éter; granulaciones que son las que en último término experimentan la transformacion grasosa, depositándose en los intersticios musculares.

En el sistema nervioso se hallan tambien alteraciones notables; las raices anteriores de los nervios raquidianos, en particular los que corresponden á la region cervical y al principio de la dorsal, están atrofiadas, y rara vez hallamos semejante lesion en la parte gris medular. Pero las lesiones de los nervios no son siempre idénticas, si bien las dichas son las más comunes; no por eso debemos desatender la opinion de los prácticos distinguidos, que manifiestan haber encontrado

muchas veces una alteracion fibro-grasosa, en las porciones cervical y torácica del gran simpático y de los gánglios cervicales. Tambien debemos convenir, que en ciertos casos no ha sido posible apreciar lesion alguna, por insignificante que fuese.

Síntomas.—Aunque es insidioso y siempre lento el principio de esta enfermedad, llega á llamar la atencion del individuo la debilidad creciente de la fuerza muscular, que se convierte en imposibilidad para ejercer los movimientos. Empieza de ordinario la afeccion por los miembros superiores, y más en particular por el derecho; la debilidad no ataca á todos los músculos de un miembro, respeta á muchos, y aunque constituye caso excepcional, alguna vez comienza por la espalda y tronco, siguiendo al cuello; en la mayoría de casos, calambres, contracciones fibrilares y saltos de tendones acompañan á esa debilidad muscular, que no tarda en producir la atrofia.

Pero esas contracciones involuntarias pueden ser frecuentes ó raras, las más veces indolentes; pero otras tan sensibles y variables, que desde un ligero estremecimiento, llegarémos á observar una violenta convulsion.

Hemos dicho que coincide con la debilidad la demacracion de las partes afectas, aunque en determinados casos se una á la atrofia de los músculos un aumento de gordura; en esos puntos debilitados donde existe la disminucion de volúmen, al comprimir no se nota esa resistencia elástica, natural en el estado normal, si no blandura incapaz de contraccion, no tardando en presentarse modificaciones notables en las partes atrofiadas, pues se forman superficies casi planas, y depresiones donde existian prominencias, y verémos marcado contraste, toda vez que no siendo la demacracion

igual, hay masas musculares que conservan sus formas normales, mientras otras están deprimidas. Tales deformidades pueden limitarse á regiones circunscritas, ó recaer sobre el conjunto de varias de ellas.

Es uno de los fenómenos más característicos de esta afeccion, el cambio de actitud de los miembros y el tronco, durante el reposo muscular; la atrofia al principio sólo interesa algunos músculos, se rompe el equilibrio muscular; y las partes enfermas toman posiciones anormales, impuestas no sólo por la debilidad de los músculos alterados, sino por el predominio de los que quedan intactos, todo lo que produce deformaciones. Hay tambien trastornos de la locomocion; durante los movimientos voluntarios, en ciertos casos puede el paciente suplir algunos músculos, haciendo obrar instintivamente á sus congéneres; pero como algunos no los tienen, es imposible los movimientos á que presiden los atrofiados.

Las funciones importantes sufren gran trastorno en su desempeño, cuando los músculos que intervienen en ellas son los atrofiados; así es que la miccion y la defecacion se dificultan, si se alteran los músculos del vientre; si la atrofia es de los músculos del pecho, sobre todo de los intercostales, diafragma, etc., se imposibilitan los movimientos respiratorios, y así de lo demás.

La sensibilidad cutánea sufre marcada disminucion; y si la enfermedad está adelantada, la temperatura de las partes atrofiadas será inferior á la normal; fenómenos óculo-pupilares tambien llegan á presentarse, como contraccion de la pupila, aplanamiento de la córnea, disminucion del globo del ojo, debilidad de la vista, fenómenos que pueden explicarse por la inercia de los nervios simpáticos dilatadores del íris, por las lesiones de las raices anteriores de los dos primeros pares raquí-

deos dorsales de la médula, al nivel del centro cílio-espinal, y de la porcion cervical del gran simpático.

Las funciones vejetativas subsisten intactas mucho tiempo; é ínterin la atrofia no comprometa los agentes mecánicos, el cambio nutritivo molecular no se altera de un modo apreciable, y siempre observarémos que los trastornos intelectuales y los de nutricion, no se presentan hasta el período más avanzado de la enfermedad.

Curso, duracion y terminacion.—Es lento en general el curso de esta afeccion; alguna vez se generaliza la atrofia á casi todo el sistema muscular, y entónces plenamente justifica la denominacion de progresiva, con que es distinguida por los más célebres prácticos: su duracion aunque variable es larga; tómese por término medio de dos á ocho años, y si bien la extenuacion pone fin á la vida en no pocos casos, una enfermedad intercurrente corta el débil hilo de la existencia. Hay ocasiones en que la afeccion permanece estacionada, y en otras no llega á adquirir gran desarrollo, hasta que no se interesan cierto número de músculos.

Pronóstico.—Es grave; raras veces se detienen los progresos de la enfermedad; el tratamiento que podemos emplear es poco eficaz, y cuando llegan á interesarse los músculos respiratorios ó los que sirven para la deglusion, etc., el peligro es inminente, pues se presenta el estado asfíctico; así es que sólo puede atenuarse la gravedad del pronóstico, en aquellos casos en que la sífilis sea la causa de esta temible afeccion.

Tratamiento.—Por desgracia, podemos asegurar que la ciencia es casi impotente para combatir esta enfermedad, pues sólo puede detenerse su curso cuando la transformacion grasosa no se haya presentado. Y para conseguir simplemente ese objeto, se han recomendado distintos medios, que debemos enumerar.

Es innegable que uno de los medios de tratamiento en que podemos tener cierta confianza, es en la hidroterapia ó baños sulfurosos; simultáneo con el amasamiento y la electricidad, aconseja Jaccoud que á falta de aparato galvánico, se recurra á la faradizacion localizada, pero da resultados más seguros la corriente constante, y debe aplicarse poniendo el polocobre sobre las vértebras cervicales, y el zinc en el cuello, sobre la region del simpático.

Los tónicos en general están indicados; pues es sobremanera oportuno un régimen reconstituyente; el uso de aguas sulfurosas artificiales tambien es oportuno; y cuando deja de emplearse la faradizacion, los baños termales sulfurosos ó clorurados, sódicos y sulfurosos, serán los capaces de producir el mejor resultado, pues al ménos con ellos conseguirémos detener los progresos de una enfermedad insidiosa y siempre rebelde.

Si fuesen los atacados sifilíticos, no titubeemos en usar el yoduro potásico á crecientes dósis, pues es el único medicamento que podrá darnos resultados satisfactorios.

CAPÍTULO XXIII.

Enfermedades de los cordones nerviosos, con lesiones inconstantes y no apreciables en su textura.

Neurósis.

Desígnanse con este nombre aquellas enfermedades que se caracterizan por lesiones del sentimiento, del movimiento y de la inteligencia, sin lesion de estructura; podemos admitir la definicion de Tardieu, el

cual dice que es la neurósis una enfermedad apirética, casi siempre intermitente, que teniendo asiento en cualquier punto del sistema nervioso, se extiende á otros diversos del mismo sistema; enfermedad que se caracteriza por el trastorno de una ó de varias funciones, y no deja lesion apreciable en los sólidos ni en los líquidos.

Etiología.—Todas las circunstancias que hace predominar el temperamento nervioso, entre ellas podemos considerar el sexo femenino; la época crítica del desarrollo físico; el tiempo en que se presenta y cesa el flujo menstrual; los trabajos intelectuales excesivos ó superiores á la potencia del individuo; las pasiones morales; la vida ociosa y la depravada; cuanto sea capaz de producir falta de equilibrio entre los sistemas circulatorio y nervioso, como las congestiones, hemorragias, discrasias, ciertas constituciones médicas que producen notables cambios en la innervacion, determinados agentes tóxicos, y sobre todo la herencia, es cuanto podemos consignar como de más interés en el estudio etiológico de las neurósis.

Anatomía patológica.—En aquellos casos en que las neurósis sean sintomáticas, encontrarémos todas aquellas lesiones que son propias de las enfermedades que pueden producirlas; pero cuando se trate de neurósis esenciales, no busquemos lesiones materiales de circulacion ni de nutricion, pues no son apreciables las alteraciones que pueden llegar á producir.

Síntomas.—Como que son complexas las funciones del sistema nervioso, dicho se está que han de ser multiplicados los síntomas que caractericen á sus enfermedades, siquiera no considerémos más sino que puede alterarse la inteligencia, la sensibilidad y el movimiento.

La alteracion de la accion nerviosa, puede serlo por exaltacion, por disminucion, por desarreglo, y todo ello dará lugar á ciertos trastornos nerviosos, por lo comun intermitentes; así como hay tambien intermitencia fisiológica en los fenómenos nerviosos, quedando la salud al parecer perfecta en el intervalo de los accesos.

La funcion de la circulacion poco se altera, por eso no hay fiebre; la respiracion sí, pero pasajeramente; hay ciertas neurósis que afectan y hasta de una manera profunda la nutricion, como acontece cuando la composicion de la sangre ha sufrido cambios en sus elementos constitutivos, y en la orina observamos la variacion de ser acuosa, incolora y ménos densa que lo es en estado normal; hay disminucion en ella de elementos sólidos; tiene analogía bien evidente con el estado de la sangre, pobre en glóbulos, segun Andral, y parece demostrarlo así el ruido de fuelle que se marca en las arterias.

Curso, duracion y terminacion.—La marcha de las neurósis es lenta, si bien la invasion puede ser repentina; cambian de sitio y forma; siempre son propensas á recidivas de larga duracion, y rebeldes á todo tratamiento; y si se prolongan por mucho tiempo, al cabo determinan una caquexia nerviosa, que agrava el estado de los pacientes.

Pronóstico.—Por lo comun reservado en todas las neurósis; podemos hacerlo lisonjero cuando sea conocida y fácil de reconocer la causa ocasional; cuando la naturaleza de los desórdenes producidos, la edad, duracion de accesos y otras circunstancias, sean favorables para combatir enfermedades que se distinguen por su insidia.

Tratamiento.—En las neurósis, la terapéutica es muy variable; necesita subordinarse á la exactitud del

diagnóstico; es indispensable fundarse en la naturaleza de los accidentes para llenar cumplidamente las indicaciones, pues en ciertos casos tendremos que recurrir á los remedios narcóticos ó calmantes, otras veces á los antiespasmódicos, y no pocas á los tónicos neurosténicos ó excitantes, segun sean las neurósis, dolorosas, convulsivas ó paralíticas.

Consúltese el estado general de la economía, y principalmente el de la sangre, para poder emplear tónicos y ferruginosos; no descuidemos fijarnos en el curso de las neurósis, que tal vez exija la útil recomendacion de antiperiódicos: es innegable que la influencia intelectual y moral ejerce un poder grande, en cuantas enfermedades comprendemos en esta clase; y por lo mismo en los buenos consejos higiénicos, hallarémos lo que es de más interés para combatir las neurósis de la inteligencia, y ocuparán el lugar preferente los viajes, cuanto pueda proporcionar distraccion á esos individuos, ejercicios variados, trabajos mecánicos y otros preceptos, que se relacionan con la vida íntima, de no menor interés.

Si necesitamos combatir neurósis dolorosas, no olvidemos el ópio y sus preparados, la belladona y el beleño, el cloroformo, cloral y baño general templado.

Si las neurósis son convulsivas, si están producidas y sostenidas por gran desórden en la innervacion, recurrirémos á los más poderosos antiespasmódicos, asociándolos en determinados casos con los calmantes; indicada está entónces la administracion del almizcle, valeriana, asafétida y alcanfor, más el ópio, baño tibio y electricidad dinámica.

Y si las neurosis son paralíticas, como que la indicacion consiste en excitar la sensibilidad y el movimiento, acudamos á los éteres, aromáticos, preparados de

estrignina y veratrina, baños minerales naturales y artificiales, tambien de chorro, y por último, la faradizacion.

Para completar el tratamiento dirémos, que la accion nerviosa en determinados aparatos, sólo se calma por medicamentos especiales; recordemos las propiedades de la digital, bismuto, cloruro de zinc, balsámicos, etc., y comprenderémos su justa aplicacion en estos casos.

Para establecer más claridad en la descripcion de las distintas afecciones comprendidas en la clase de las neurósis, y teniendo en cuenta la naturaleza y objeto de esta obra, sólo lo hacemos de las principales, consecuentes con lo practicado al ocuparnos de las enfermedades de otros aparatos; así es que abrazamos éstas en cuatro grupos, que son: neurósis del sentimiento, del movimiento, cerebro-espinales y espino-bulbares: dividiendo las primeras ó sean las del sentimiento, en hiperestesias y anestesias; y las del segundo grupo ó sean las del movimiento, en hiperquinesias y aquinesias.

CAPÍTULO XXIV.

Neurósis de los nervios periféricos. Neurósis del sentimiento.—Hiperestesias. Hemicránea.

Sinonimia.—Jaqueca.

Se caracteriza esta enfermedad por dolor de cabeza, fijo en la frente, en un sólo lado, acompañado de trastorno de los sentidos y funciones digestivas; sus ac-

cesos son pasajeros, muchas veces periódicos; y colocada esta afeccion entre las neuralgias, no puede localizarse fijamente sobre el trayecto de una rama nerviosa; por esta circunstancia podemos considerarla como una neuralgia ascendente, esto es, desde los nervios periféricos puede propagarse á los centros nerviosos.

Causas.—Los más de los autores dan importancia á la herencia; el temperamento nervioso, el sexo femenino, la edad de 15 á 30 años, parece que son las principales entre las predisponentes; y por lo que hace á las accidentales, enumerarémos los extravíos en el régimen, un hambre excesiva, las impresiones de fuertes olores, las largas vigilias, el insomnio y el excesivo trabajo intelectual.

No es extraño que la jaqueca vaya unida á otro estado patológico, sobre todo á la dispepsia, á la hipocondría, histerismo, desarreglos menstruales, ó enfermedades constitucionales, de que algunas veces es el precursor, y entre otras de la clórosis, gota, etc.

Síntomas.—Es enfermedad que se presenta por accesos, dando á conocer su marcha esencialmente periódica; durante el intervalo de los accesos, disfrutan los enfermos la mejor salud, es decir, no presentan cosa alguna que pueda relacionarse con la neuralgia.

La hemicránea, unas veces acomete de pronto, pero otras es precedida de pródromos; hay cansancio, cierto abatimiento, mal humor, pandiculaciones, bostezos, escalofrios, inapetencia y áun repugnancia.

Luego estamos ya en el acceso, que lo caracteriza el dolor intenso de constriccion, lancinante ó de taladro, que aumenta por la impresion del ruido, de la luz, de los movimientos, etc.; ocupa de ordinario uno de los lados de la cabeza, la frente ó la region temporal; por lo comun ataca al lado izquierdo, pues es excepcional

invada los dos lados; á este dolor intenso de cabeza, acompaña inyeccion conjuntival, lagrimeo y alguna vez se agitan los párpados y áun los músculos de la cara.

Las náuseas y los vómitos suelen sólo presentarse en un principio, ó durar cuanto el acceso; primero serán los vómitos alimenticios, despues biliosos ó mucosos.

Pocas veces pueden los enfermos dedicarse á sus ocupaciones; necesario es para ello que fuese ligera la cefalalgia, y eso rara vez acontece; cuando ceden los dolores, duermen los enfermos, y en la mayoría de casos se despiertan notablemente mejorados, otras veces con la cabeza abombada y muy sensible, con inapetencia y malestar. El estado del pulso durante el acceso es normal ó está algo lento.

Curso, duracion y terminacion.—Si bien alguna vez se prolongan los ataques de jaqueca dos y áun tres dias, lo más frecuente es que sólo duren de ocho á doce horas. Éstos disminuyen en intensidad, y áun se retardan á medida que progresa la edad; y si en ocasiones termina por vómitos ó abundante excrecion de orina, es lo general que un sueño reparador de larga duracion ponga fin al acceso.

Diagnóstico.—Siempre es fácil el de la hemicránea, si nos fijamos en el carácter del dolor y en su sitio, en el curso, en los vómitos y demás accidentes que acompañan á los accesos.

Pronóstico.—Por más que la enfermedad es en extremo penosa, cuando los accesos son intensos, duraderos y frecuentes, nunca el pronóstico llega á tener gravedad.

Tratamiento.—Éste, que jamás es curativo, puede considerarse abortivo, paliativo y preventivo.

Algunas veces logramos hacer abortar un acceso de

jaqueca, bien estimulando el estómago mediante una cantidad de alcohol, café ó vino generoso, que se haga tomar al paciente; ó bien produciendo una fuerte revulsion cutánea, ó, por el contrario, adormeciendo el sistema nervioso con la administracion de una pocion opiada; recomendando Piorry para calmar la excitacion de la retina y los nervios del ojo, á más de quietud, obscuridad, etc., fricciones á los párpados con una disolucion concentrada del extracto de belladona.

Durante los accesos, empleemos los medios paliativos que conocemos más beneficiosos: silencio, quietud, obscuridad, bebidas aromáticas, aplicaciones de agua sedativa en la frente, mejor de cianuro potásico en disolucion ó en pomada; el ilustrado Dr. Santero recomienda, y hemos tenido ocasion de comprobar sus buenos resultados, fricciones con una pomada compuesta de aceite de beleño, alcohol de romero y cloroformo, pudiéndose administrar tambien algun antiespasmódico, como la valeriana, óxido zínccico, paulinia, etc.

Pero lo más esencial es precaver los ataques, y para ello indispensable es fijarse ó inquirir la causa. Si es la clórosis ó anemia, recúrrase á los amargos y reconstituyentes, y á los baños de mar; si la jaqueca se relaciona con una dispepsia, los alcalinos, opiados y los tónicos, serán los preferibles, más las aguas mineromedicinales acídulo-alcalinas; si coincide con una manifestacion morbosa cutánea, podrá estar indicadísimo el tratamiento arsenical; si hay trastornos menstruales ó se fija el curso intermitente, llenarémos las indicaciones sobre todo con hierro y preparados de quina.

La paulinia, valeriana, cafeina, etc., y en primer término la quinina, son medicamentos que asociados á la digital, sirven para llenar indicaciones especiales; como el bromuro potásico á alta dósis, debe recomendarse en la jaqueca esencial.

Pero cualquiera que sea la causa del padecimiento, procúrese tener el vientre libre, que la vida sea sóbria, comida moderada, vigilias no prolongadas, no fatigar la vista ni la inteligencia, y algun otro precepto higiénico que dicte la sana razon.

CAPÍTULO XXV.

Neuralgia facial.

Sinonimia.—Neuralgia del trigémino, prosopalgia, tic doloroso.

Esta enfermedad reside en el quinto par de nervios craneanos; puede afectar alguna de las tres ramas de la primera porcion, que la constituye la oftálmica, la maxilar superior y la inferior; ó bien puede residir la neuralgia en el trigémino, esto es, padecer todo el quinto par.

Causas.—Son bastante frecuentes las impresiones del frio húmedo, las corrientes de aire, las contusiones desgarradoras, heridas de la cara y picadura de algun ramo del nervio trifacial; más raras, pero no dejan de producir la prosopalgia, la presencia de un cuerpo extraño en el oido, la cáries dentaria, un tumor huesoso, ó cualquiera lesion que tenga su asiento en el orígen ó trayecto del quinto par.

Se cree que el temperamento nervioso y la edad de 20 á 50 años predispone á este padecimiento, como tambien el sexo femenino; y como causas constitucionales, se atribuye á la anemia, á ciertas intoxicaciones y enfermedades discrásicas, en particular la sífilis y la gota.

Síntomas.—La periodicidad en esta neuralgia es más frecuente que en ninguna otra; los accesos son á veces en extremo dolorosos, irregulares; lo mismo tienen lugar de dia que de noche; y si bien cuando cesan sólo dejan una sensacion de calor ó de entorpecimiento en las partes afectas, cuando empieza el acceso unas veces es bruscamente y otras le precede algunos pródromos, como cefalalgia general y persistente, fluxion, dolor vago, manifestándose en seguida punzada en alguna de las ramas del trigémino; más comunmente la que se afecta es la maxilar superior, siguiendo á ésta la oftálmica, y ménos veces la maxilar inferior; lo que sí acontece es que no siempre se limita la neuralgia á una rama, sino que se propaga á otra del mismo par; pero es muy raro que el dolor neurálgico llegue á invadir el lado contrario, por intenso que sea el acceso. Varios son los puntos ó focos dolorosos que se marcan en esta afeccion, segun cual sea la rama del trigémino en que el mal exista; son puntos predilectos en primer lugar, el temporal, el parietal, el parpebral supra y suborbitario y el molar; ménos frecuente es la neuralgia labial, alveolar, palatina, mentoniana y lingual; y segun Valleix, raro es que dos ó más focos estén afectos al mismo tiempo.

El dolor, que es lo que caracteriza la enfermedad, y lo que en ella merece toda nuestra atencion, se hace á veces tan intenso que es insoportable; prorrumpen los enfermos en gritos y quejidos, y suele propagarse la neuralgia á las partes inmediatas, ó nervios que con el quinto par se relacionan.

Es sin duda el fenómeno más notable en esta afeccion, las contracciones en los músculos que son atravesados por las ramificaciones del trigémino. Las cejas sufren contracciones, la comisura labial se retrae, las

mandíbulas se unen ó separan, ciertos movimientos convulsivos agitan las ventanas de la nariz y labios, la fisonomía adquiere un aspecto especial, y no encontramos marcada alteracion en las funciones de respiracion y circulacion.

Despues de haber llegado el dolor á su más alto grado, disminuye de violencia, corren algunas lágrimas ó mucosidad nasal, y cesa más ó ménos por completo.

En el principio de la enfermedad, la duracion de los accesos es muy corta; pero ya desarrollada, no sólo son más duraderos, sino tambien más frecuentes; y siempre que no tenga una marcha francamente intermitente, la duracion de esta neuralgia es de muchos años ó de toda la vida, aunque pierdan mucho en frecuencia y en intensidad los accesos.

Pero en todos los casos en que la enfermedad se prolongue, observarémos bajo la forma de tic doloroso, fuera de los accesos, movimientos convulsivos; el lado de la cara que padezca puede atrofiarse; la vista se debilita y áun se pierde en el ojo atacado de esta neuralgia; los movimientos más indispensables para la vida se hacen intolerables, como sucede con la prehension y masticacion, lo cual puede producir la alteracion de la salud en alto grado.

Curso, duracion y terminacion.—Lo general es que sea esta neuralgia intermitente, no pocas veces es periódica; pero no extrañemos que su duracion sea larga, y que en ocasiones se perturbe la nutricion, llegando á comprometer sériamente la vida.

Pronóstico.—Témanse siempre en esta neuralgia las recidivas, aunque sea al cabo de años; y tengamos en cuenta todas estas circunstancias para formular el pronóstico de una enfermedad tan rebelde é insidiosa, no pudiendo excusarnos de darle gravedad, por ser una de

las afecciones más crueles que pueden presentarse; convengamos en que si es francamente intermitente, ó sea producida por causa apreciable y fácil de remover, poco peligrosa es en la mayoría de casos, podemos triunfar de ella; pero tambien comprenderémos la gravedad del pronóstico, cuando hay contracciones espasmódicas casi contínuas, cuando la vista se pierde, ó cuando los trastornos en la nutricion comprometan la existencia.

Tratamiento.—Siendo la prosopalgia una afeccion tan rebelde, necesario es buscar y llenar la indicacion causal, siempre que posible sea.

La quinina, en la inmensa mayoría de casos, es suficiente para que desaparezca la neuralgia periódica; alguna vez podrá combatirse ésta con los preparados arsenicales, así como la sifilítica se tratará por los mercuriales y yoduro potásico; la reumática ó gotosa con baños de vapor, unidos á una medicacion yodurada ó alcalina; y si se trata de una neuralgia facial que coincida con la supresion de un flujo hemorroidal, adminístrense purgantes drásticos, fumigaciones calientes, aplicaciones de sanguijuelas en el ano en corto número, supositorios excitantes, etc. Dijimos tambien que la cloro-anemia podia ser causa de la neuralgia facial, y entónces recurrirémos á la quina y hierro; pero en cambio, en las neuralgias congestivas, acudirémos á las emisiones locales de sangre y á vejigatorios volantes; es el caso en que se recomienda el método de Bell, que consiste en producir una expoliacion derivativa persistente, por medio de purgantes fuertes, haciendo uso del aceite de croton, aloes y colaquíntidas.

Inquiérase si la hiperestesia es producida por alguna lesion local; puede existir cáries ú otras alteraciones; explórense los maxilares y sus senos, más la dentadura,

pues es innegable que una lesion más ó ménos lejana puede provocar la neuralgia facial, por ser fenómeno reflejo.

Y despues de estudiar la indicacion causal, fijémonos en la patogénica, que puede sastifacerse con aquellos medicamentos que ejercen una accion sedativa sobre la excitabilidad de los nervios.

El ópio y sus preparados, principalmente el extracto de ópio y el hidroclorato mórfico al interior, por el método endérmico é inyecciones hipodérmicas, son preparaciones recomendables y de reconocida eficacia. Tambien se usan las píldoras de Meglin, la belladona, el ácido cianhídrico, la veratrina y la atropina; los primeros son poco eficaces en una prosopalgia intensa; los segundos se han encomiado extraordinariamente, no correspondiendo sus resultados, y siendo muy expuesta y peligrosa su administracion. De más utilidad las aplicaciones refrigerantes, el cloroformo y el éter en inhalaciones, sirven no para curar la neuralgia, sino para aliviar el padecimiento. El éter clorhídrico clorado, asociado á la manteca ó enjundia, á la dósis de cinco escrúpulos del primero por una onza del segundo (6 gramos 3 decágramos) para fricciones, es muy recomendado por Jaccoud; como tambien la aconitina en píldoras, tintura y pomada con las debidas precauciones; la fórmula para las píldoras, es de 1 grano de aconitina, 20 granos regaliz (0,05 gramos, 1 gramo) y jarabe, cantidad suficiente para cinco píldoras, sólo se tomarán dos á tres diarias. La pomada de aconitina con enjundia para fricciones, 20 granos por una onza (1 gramo aconitina, 40 manteca), dos ó tres veces cada dia. El bromuro potásico y los preparados arsenicales, no tienen esa utilidad tan general que muchos le dieran. La electricidad, cuando no existe una lesion material,

siempre que sea de corriente constante, produce curacion, pues es más eficaz que la de corriente inducida. En los casos rebeldes, la cauterizacion trascurrente con el hierro rojo, procedimientos hidroterápicos, como duchas, baños rusos, de vapor, etc., han triunfado á veces de neuralgias pertinaces.

CAPÍTULO XXVI.

Neuralgia cérvico-occipital y cérvico-braquial.

Atendiendo al sitio donde reside la afeccion, podemos describir éstas en el mismo capítulo. La primera ocupa el plexus cervical, esto es, los ramos sensibles de los cuatro primeros nervios cervicales. La segunda tiene asiento en las ramas de los cuatro últimos nervios cervicales y primero dorsal, es decir, en el plexus braquial, siendo ésta más frecuente que la occipital.

Causas.—Podemos considerar que lo son las de las neuralgias en general, siendo presumible que lo sean frecuentemente el enfriamiento, la neuritis y la congestion del neurilema, más ciertas lesiones traumáticas.

Síntomas.—En la neuralgia cérvico-occipital, el dolor es paroxístico, su tipo regular ó irregular; no tiene la violencia que en la neuralgia facial; durante el acceso, la cabeza puede estar fija, y el cuello presentar contracciones musculares enérgicas; en el intervalo de los accesos, en el occipucio y cuello, persiste dolor sordo, profundo y contínuo; son focos dolorosos en esta neuralgia, el occipital al nivel de las dos primeras vértebras, el cervical superficial en el sitio de emergencia de los principales nervios del plexo de este nombre,

esto es, entre el trapecio y el esterno-cleido-mastoideo, el parietal, que corresponde á la eminencia de este nombre, el mastoideo igualmente, y el auricular á la concha de la oreja. En la neuralgia cérvico-braquial, el dolor es lancinante, se reproduce por accesos; su asiento principal es en el hombro; se deja sentir en la region subclavicular, alguna vèz en la mamaria, si se interesan los nervios torácicos; y extendiéndose desde el hombro á lo largo del miembro superior, siguiendo el trayecto de los nervios, termina en las extremidades de los dedos. En el antebrazo es raro que ataque al mediano, radial y cubital; lo comun es que sea este último, como caso excepcional el cutáneo. Durante el acceso y áun despues, hay hormigueo y entorpecimiento en los dedos: designemos como puntos dolorosos en esta neuralgia, el ángulo formado por la clavícula y el acromion, la gotiera radial, el lado posterior de la epitroclea, la parte superior del áxila y la region antero-interna del carpo.

Curso, duracion y terminacion.—Por lo comun es intermitente, rebelde y de larga marcha, terminando favorablemente.

Pronóstico.—Lo haremos halagüeño siempre que no haya complicacion.

Tratamiento.—Están recomendados los mismos medios que para combatir la neuralgia facial; sin embargo, consignemos que tanto en la occipital como en la braquial, parece producen mejor resultado las inyecciones hipodérmicas de morfina que en la facial; tambien los vejigatorios volantes producen en este caso resultados más seguros; y aunque algunos autores afirman tener gran reputacion el uso interno del aceite esencial de trementina, no hemos tenido ocasion de confirmar en la práctica la decantada eficacia de dicho medicamento.

CAPÍTULO XXVII.

Neuralgia intercostal.

Esta neuralgia, que es una de las más comunes, afecta los ramos cutáneos ó perforantes que las ramas anteriores y posteriores de los plexos dorsales dan á los espacios intercostales.

Causas.—Generalmente se padece más de los 20 á los 40 años, las personas nerviosas y de constitucion débil, y, aunque no estén conformes los autores, los más opinan que es frecuente en la mujer. Causas generales las producen, como las variaciones atmosféricas, lesiones directas, etc.; como complicacion se presenta en el curso de ciertas enfermedades, en la zona, pleuresía crónica, tuberculosis pulmonal, histerismo, clórosis y otras neurósis ó afecciones viscerales, en ciertos estados morbosos del estómago, hígado, etc.

Síntomas.—El dolor es sordo, contusivo, y hay otra sensacion dolorosa que es lancinante, dolor que irradia desde el ráquis al esternon ó epigastrio. Tiene sitio predilecto esta neuralgia, y es en el lado izquierdo, en los espacios intercostales sétimo, octavo y noveno. Tres son los puntos dolorosos: uno anterior, esternal ó epigástrico, otro medio ó lateral que corresponde al centro esterno-vertebral, en el sitio del nacimiento del ramo perforante medio, y otro posterior al lado de las apófisis espinosas, casi en frente de la salida del nervio por el agujero de conjuncion.

Por la presion se provoca el dolor, que por lo comun se limita á un foco, ó al ménos es donde se marca más,

exasperándose con los esfuerzos de tos, movimientos y grandes inspiraciones, siendo el dolor sordo, como de hormigueo, cuando se está en quietud. Las irradiaciones sensitivas se extienden al cuello, hombro y brazo; en la mujer á las mamas; y no pocas veces, tanto en la mujer como en el hombre, á distintas partes del cuerpo. Las funciones por lo comun se desempeñan con regularidad, pero la respiracion suele ser difícil, y á veces se notan palpitaciones aunque no sean contínuas, que se repiten muchas veces al dia; la sensibilidad de la piel llega en ocasiones á ser tan exagerada, que el menor contacto la exacerba.

Curso, duracion y terminacion.—El curso es análogo al de las otras neuralgias; tiene remisiones y exacerbaciones; se desarrolla lentamente; dura mucho tiempo; es afeccion propensa á recidivas y no ocasiona la muerte.

Pronóstico.—Teniendo presente lo dicho, es favorable en cuanto á su terminacion, pero con cierta gravedad por lo penoso de la neuralgia, y por su propension á recidivas y á complicar muchos estados morbosos.

Tratamiento.—Por lo que hace á los medios internos, se recomienda cuanto queda dicho para combatir las neuralgias en general.

Son útiles las fricciones de sustancias rubefacientes, tambien las narcóticas, pero esto en un principio; en cuanto pueda temerse que la enfermedad se prolonga, acúdase á los vejigatorios volantes repetidos, sobre todo en el punto de arranque de los nervios, y cúrense con pomadas que contengan morfina. Si es pobre la constitucion del paciente, los tónicos y ferruginosos están indicados, y no pocas veces los baños de mar.

Es tambien un recurso de útil aplicacion y buen resultado, la electricidad, tratando á estos enfermos por

corrientes constantes. Si la neuralgia complica algun estado morboso, necesario es tratar éste primero con actividad y energía.

CAPÍTULO XXVIII.

Neuralgia del plexo-lumbar.

En unos casos, la hiperestesia tan sólo ocupa las ramas colaterales del plexo, entónces viene á constituir la neuralgia lumbo-abdominal; así como invade otras veces las ramas terminales del plexo, y entónces se conoce con la denominacion de neuralgia crural.

Causas.—A más de las que podemos considerar comunes á todas las neuralgias, podemos citar otras como especiales; indudable es que la neuralgia lumbo-abdominal, puede ser producida por la presencia de tumores aórticos, por lesiones del músculo psoas, de las vértebras y áun del íleon; otras, puede producirse la neuralgia crural, por tumores de los vasos ilíacos ó de los huesos del bacinete, lesiones del útero, tumores del anillo crural y áun lesiones medulares.

Síntomas.—El dolor en la forma lumbo-abdominal, ocupa la region lumbar, y la pared abdominal anterior. En la forma crural, radica el dolor en la parte antero-interna del muslo y rodilla; unas veces se limita la neuralgia al nervio safeno, y entónces no pasa de este punto; pero si se afecta el gran safeno, se extiende por toda la extremidad hasta terminar en los dedos gruesos.

Muchos focos dolorosos hay en uno y en otro caso, siendo los principales el *lumbar*, algo hácia fuera de las primeras vértebras de los lomos; el *ilíaco*, un poco por

encima de la cresta del íleon; el *hipogástrico*, el *inguinal*, el *escrotal* y *uterino*.

Irradiaciones motrices se presentan en una y otra forma, por sacudidas involuntarias en los músculos abdómino-crurales, y el dolor produce entorpecimiento, que se hace notable en los movimientos de flexion y extension de los miembros.

Por lo que hace al curso, duracion, terminacion, pronóstico y tratamiento de esta neuralgia, nos remitimos á cuanto queda expuesto al tratar de la intercostal.

CAPÍTULO XXIX.

Neuralgia ciática.

Sinonimia.—Neuralgia fémoro-poplítea.

Esta afeccion ocupa la rama terminal del plexo sacro-lumbar, y las divisiones de esa rama, esto es, los nervios de la region posterior de la nalga y el muslo, además de los de todas las regiones de pierna y pie.

Etiología.—Siendo esta neuralgia una de las que más llaman la atencion de los prácticos, no sólo por su frecuencia é intensidad, sino tambien por su rebeldía, justo es apuntemos con alguna extension, cuanto ha sido considerado como causas de esta insidiosa enfermedad, de las cuales nos son conocidas su influencia unas veces, y otras sólo podemos considerarlas como presumibles.

La neuritis y los neuromas son causas intrínsecas de esta neuralgia, y en la misma clase debemos comprender la impresion del frio y la accion continuada de la humedad, más la constriccion del calzado estrecho, y la picadura en la sangría del pie.

Más numerosas las causas extrínsecas, mencionarémos entre ellas la presencia de diversa clase de tumores en la pierna y muslo, cánceres del bacinete, la flegmasia del tejido óseo, los tumores abdominales, la alteracion de las vértebras lumbares ó sacras, ó ciertas afecciones de la envoltura medular en su parte más inferior, pudiendo tambien incluir en este grupo de causas, la compresion continuada que puede ejercer la cabeza del feto en un parto laborioso.

Consignemos como causas constitucionales, el reumatismo y la sífilis, toda vez que en el curso de estas afecciones es muy comun la neuralgia que nos ocupa.

Síntomas.—No es frecuente que su invasion sea repentina; sí lo es, que haya entorpecimiento en el miembro con alternativas de calor y frio, y por lo comun en una sóla extremidad hay dificultad para los movimientos, y este síntoma con el dolor son los primeros en presentarse, persistiendo por un tiempo más ó ménos largo. Localízase despues el dolor en el trayecto del nervio, unas veces en un espacio más ó ménos circunscrito, otras extendiéndose desde la nalga y parte superior del muslo hasta los dedos, exasperándose con la presion ó el movimiento.

Bien es el dolor constante, bien es paroxístico; en general sordo y profundo; á ratos se agudiza, es lancinante, tan intenso que se hace irresistible, y el paciente se retuerce en la cama, prorrumpiendo en los más lastimeros ayes. No son pocos los casos en que el dolor se extiende á lo largo del nervio, pero existen focos marcados que nos conviene conocer.

El distinguido autor de la *Guia del Médico práctico,* con toda prolijidad, marca los sitios donde la observacion minuciosa puede percibir los focos dolorosos; pero no siendo siempre ellos constantes, nos-

otros designamos aquellos puntos, donde se presenta el dolor de un modo evidente, sin separarnos por esto de los principales que marca Valleix, y que son el sacro, el ilíaco, el glúteo, el trocanteriano, el rotuliano, el poplíteo, el esterno-maleolar y el dorsal del pie.

El dolor se acompaña de temblor, espasmos y contracturas musculares molestas; la posicion del miembro preferible es la semiflexion; pocas veces puede la extremidad soportar el peso del cuerpo, pues no sólo se claudica, sino que el dolor se exacerba, como igualmente por movimientos violentos ó esfuerzos para toser, reir, defecar, etc.

El pulso podrá presentar algunas variaciones, hijas del estado de excitacion en que el individuo se halla; pero no busquemos alteraciones en el ejercicio de las demás funciones, que siguen efectuándose con constante regularidad.

Curso, duracion y terminacion.—Sin dejar de ser enfermedad aguda, casi siempre es remitente su marcha, y rara vez periódica: si la afeccion es producida por causa material, durará mientras ella subsista; tambien puede el estado hiperestésico pasar al anestésico, y en este caso hay impotencia motriz mayor ó menor; otras, pasados cinco ó seis setenarios, el padecimiento cede, alguna vez desaparece, pero las más, despues de varios ataques agudos, el cronicismo es la terminacion; cuando la enfermedad persiste por muchos años, la salud se altera visiblemente, la extremidad se atrofia, pues los músculos se retraen y en parte pierden su contractilidad; se embota en algun tanto la sensibilidad cutánea, se perturban las funciones digestivas, y la nutricion se afecta de un modo profundo.

Diagnóstico.—Véanse los cuadros correspondientes.

Pronóstico.—Reservado, pues es una enfermedad

grave, y si bien no podemos decir que la neuralgia en sí produce la muerte, debemos tener en cuenta cuantas circunstancias hemos manifestado en el párrafo precedente, para ser prudentes al emitir este juicio.

TRATAMIENTO.—En general se recomiendan los medios aconsejados para combatir toda neuralgia; pero fijémonos en algunos puntos, estudiemos bien las causas, y hagamos en muchos casos aplicaciones especiales.

Si fuese la ciática congestiva, no olvidemos que ésta casi siempre es producida por la accion del frio, que acomete de pronto, que el dolor es muy violento y le acompaña ligero movimiento febril; en este caso las ventosas escarificadas en la region lumbo-sacra y áun á lo largo del miembro, producen los mejores efectos; pero si fuese el orígen reumático, entónces el yoduro potásico á alta dósis estará indicado; convendrá siempre mantener el vientre libre, pues el extreñimiento puede convertirse en causa mecánica que agrave el mal, y esto se consigue con laxantes y enemas emolientes laudanizadas; los vejigatorios volantes han producido los más felices resultados; su aplicacion se hará en los focos ya designados, ó en los diversos puntos doloridos; y para la curacion se emplearán pomadas en que entren los más activos calmantes, belladona, ópio ó alguno más enérgico: indicadas están las inyecciones hipodérmicas, y segun Behier, las formadas de sulfato de atropina producen los mejores efectos: en los casos en que es muy marcada la rebeldía, deben emplearse las moxas, ó bien la cauterizacion transcurrente: durante el período agudo, no olvidemos el uso de los baños de vapor, así como cuando la neuralgia haya pasado al período crónico, tendremos buenos recursos en las duchas, fumigaciones sulfurosas; en una palabra, la hidroterapia es un gran recurso para combatir tan rebelde afeccion.

Mucho se recomienda por Remak, Rosenthal y otros, la electricidad, sobre todo los aparatos de corriente constante, y es aceptable en vista de los resultados obtenidos; no esperemos éxito eficaz, aunque su uso sea encomiado por varios autores, del ópio, de los sudoríficos, trementina, etc.; pero sí llenarémos con tales medicamentos indicaciones especiales; y si agregamos á esto el habitar lugares sanos, someterse á una alimentacion ténue, usar lana sobre la piel y otros medios higiénicos, tendrémos lo conveniente para precaver las recidivas, de una enfermedad tan rebelde como insidiosa.

CAPÍTULO XXX.

Anestesias.
Anestesia del trigémino.

Podemos decir que es la más frecuente, si no la única de las anestesias esenciales; consiste en la parálisis de la porcion del quinto par craneano, que forma las tres ramas: oftálmica, maxilar superior é inferior, porcion encargada exclusivamente de la sensibilidad.

Causas.—Estas pueden considerarse como centrales unas, como periféricas otras; los efectos de las primeras son cruzados; siempre la anestesia ocupa el lado opuesto á la lesion; consideremos entre ellas las hemorragias, inflamaciones, la necrobiosis, y la presencia de tumores cerebrales. Las causas periféricas, unas son intracraneanas, y éstas obran sobre el nervio, desde su orígen hasta el ganglio de Gasser ó Gaserio; las intersticiales, alcanzan las ramas del trigémino en su orígen, á su paso al través del esfenoides y regiones

profundas de la cara y órbita; y superficiales, que son las que interesan los ramos terminales: los efectos de las causas periféricas son directos, ésto es, ocupa la anestesia el mismo lugar que la lesion. Entre estas causas, citemos las inflamaciones, la esclerosis del bulbo y de la protuberancia, la atrofia, tumores en la base del cráneo, exudados meníngeos, alteracion de los huesos, heridas, contusiones, seccion de algun ramo nervioso, etc. La súbita impresion del frio glacial puede producirla; y respecto á causas discrásicas y constitucionales, aún no está bien demostrada su influencia patogénica.

Síntomas.—Unas veces verémos que esta enfermedad es sintomática de otra afeccion; entónces la precede neuralgia, ó ésta unida á una lesion del movimiento: otras es independiente de lesion orgánica, y entónces se presenta como esencial. Como que en unas ocasiones se limita la afeccion á una sola rama de la porcion del quinto par, que se interesa, y otras invade dos y áun las tres, resulta que hay variedad de síntomas y de intensidad en ellos; pero siempre, segun llegue ó no la anestesia á su mayor grado, se presentarán algunos ó los más de los siguientes síntomas: pérdida de la sensibilidad gradual ó repentina en uno de los lados de la cara; la conjuntiva y la pituitaria soportan el más rudo contacto; el gusto se embota; el ojo y las fosas nasales aparecen secos, lo cual es debido á la falta de accion nerviosa en la glándula lagrimal y los folículos; las funciones de los sentidos se afectan directa y profundamente; la vision se debilita, si la rama oftálmica está interesada, y sobrevienen en el ojo desórdenes funcionales graves; la conjuntiva se inyecta; el íris se inflama; en los medios trasparentes se forman colecciones de linfa plástica; puede hasta mar-

chitarse y ulcerarse la córnea; si la rama maxilar superior es la más afecta, sobresalen desórdenes en la nariz y el oido, apareciendo alguna vez obtuso; y si es la maxilar inferior, las encías estarán tumefactas, á veces se reblandecen; los objetos que se colocan entre los labios no pueden permanecer en el lado paralítico, y otros trastornos de más ó ménos importancia.

Por último, la nutricion se altera como las secreciones, por la lesion de las fibras orgánicas, unidas á los filetes sensitivos del trigémino.

Curso, duracion y terminacion.—La marcha de esta enfermedad es muy variable; unas veces disminuye gradualmente, quedando cierta torpeza en el sitio donde radicó la lesion, que lenta y difícilmente desaparece; otras presenta alternativas de alivio y recrudecimiento, siempre con irregularidad y marcada insidia; y cuando esté producida y sostenida por una lesion orgánica, dicho se está que terminará con la muerte.

Pronóstico.—Tiene que ser grave si la enfermedad es sintomática; si es idiopática no hay peligro; pero como generalmente es persistente, entónces compromete el ejercicio de órganos de suma importancia, como son los de los sentidos, y la prudencia aconseja sea en este caso reservado.

Tratamiento.—Se halla subordinado á la causa productora del mal; será impotente en la producida por causa central; y aunque sea periférica, siempre que pertenezca á las causas basilares ó intracraneanas, y á las intersticiales, con exclusion de los casos en que reconozca un orígen sifilítico, que entónces se tratará por la medicacion conveniente. Si la anestesia es producida por causa superficial no sifilítica, contamos como únicos recursos los vejigatorios volantes, fricciones fuertes, la electricidad y lo poco que puede emplearse para combatir la anestesia en general.

CAPÍTULO XXXI.

Neurósis del movimiento.—Hiperquinesias. Tic convulsivo.

Sinonimia.—Hiperquinesia del facial.

Modernamente se ha conocido con este nombre, la convulsion aislada ó idiopática de los músculos de la cara.

Causas.—Las de esta lesion obran sobre la periferia del facial; mas no sabemos si directamente provoca la hiperquinesia, ó de un modo indirecto; esto es, por accion refleja, mediante el trigémino. Como causa más frecuente, considerarémos la accion del frio, las contusiones y heridas de la cara, la cáries de los dientes, la tumefaccion de los ganglios preauriculares, las impresiones morales; y algunos creen que el orígen está en ciertos estados morbosos del útero, ó en la presencia de ascárides en el intestino.

Síntomas.—Para apreciar éstos, tenemos que ver que hay dos formas de tic convulsivo: la clónica y la tónica. La primera es más comun; se caracteriza por sacudidas instantáneas, que motivan contorsiones y visajes raros en media cara; hay fruncimiento de frente, retraccion de la comisura palpebral y labial, guiñeo, elevacion del ala de la nariz, y á veces movimientos en el pabellon de la oreja del lado correspondiente; estos síntomas son más ó ménos completos en su aparicion, segun la porcion de nervio que se afecte: esas sacudidas son contínuas, de ordinario son paroxísticas y de duracion variable.

La forma tónica se marca por el espasmo persistente de los músculos, y de ahí resulta la desviacion parcial ó total de una mitad de la cara; el ala de la nariz, labios y menton, son atraidos al lado enfermo como la comisura de los labios; las cejas suben ó bajan; los párpados no se pueden cerrar por completo, por la resistencia espasmódica del músculo frontal.

Curso, duracion y terminacion.—La marcha es crónica, bien se presente brusca ó paulatinamente; la duracion es, pues, larga, y pocas las probabilidades de curacion.

Pronóstico.—Aunque la afeccion no ofrezca gravedad, éste será reservado por su marcha y por su término.

Tratamiento.—Hemos dicho que la impresion del frio es una de las causas más frecuentes de esta afeccion; en ese caso, los baños de vapor, los evacuantes y los calmantes, dando la preferencia al ópio, serán los medios más indicados: en otros casos, será indispensable hacer la extraccion de dientes cariados, la seccion de los filetes nerviosos afectos, ó la ablacion de los gánglios enfermos.

No son pocos aquellos en que no podemos llenar la indicacion causal, por no sernos conocida la que produce esta molesta lesion, y aunque carezcan de utilidad, no dejan de ser eficaces los estupefacientes y anestésicos locales; así es que las aplicaciones cloroformicas, el éter pulverizado, inyecciones hipodérmicas, con los más activos alcaloides, y en primer término la morfina, y el uso al interior del bromuro potásico á alta dósis, serán los medios más poderosos á que debemos recurrir para conseguir el objeto.

CAPÍTULO XXXII.

Tetánia.

Sinonimia.—Contractura esencial de las extremidades.

Son contracciones tónicas las que caracterizan esta neurósis, por lo comun limitadas sólo á los miembros; si son contínuas, se observan remisiones y exacerbaciones; otras veces son intermitentes, no interesan por lo general todos los músculos de la region, y atendiendo á esta circunstancia, se coloca esta hiperquinesia en los cordones nerviosos periféricos, y no en el centro espinal. Mas como hay casos en que el calambre tiende á generalizarse, diferenciándose del tétanos por el modo de empezar y por su marcha, no por su extension, no parece desacertado admitir que, en ciertas ocasiones, la excitabilidad morbosa tiene su asiento en la médula.

Los pocos datos anátomo-patológicos que hay, tienden á confirmar esta doble opinion; pues si bien hallamos hiperemia é infiltracion del neurilema, tambien solemos encontrar inyeccion ó infiltracion meníngea y reblandecimiento medular; pero tengamos en cuenta los casos en que no vemos lesiones materiales, ni en el sistema nervioso central ni en el periférico, lo que hace exista gran confusion para explicar tanto desórden.

Causas.—La juventud en primer lugar, luego la niñez y el estado puerperal. Puede ser la tetánia enfermedad primitiva; su causa parece ser entónces el frio: cuando es secundaria, ó bien aparece en el curso de una enfermedad, ó es consecuencia de algun estado

morboso. Todas aquellas afecciones que alteran profundamente la nutricion, ejercen gran influencia en su desarrollo; el tífus, reumatismo articular agudo, fiebres eruptivas, tifoidea, mal de Bright, se hallan en este caso: así como otras obran por mecanismo reflejo, tales como el estado de denticion, la presencia de vermes intestinales, etc.

Síntomas.—Casi siempre preceden al espasmo muscular aberraciones de sensibilidad; los movimientos de los miembros se entorpecen; luego se establece el calambre tónico, y suele haber punzadas dolorosas. Si bien la contractura ocupa en seguida los músculos superiores y allí se limita, puede invadir, lo que es frecuente, los inferiores.

En los músculos contraidos y en las articulaciones, se manifiestan dolores que son más ó ménos intensos, segun el calambre; éste alguna vez es contínuo, otras remitente y áun periódico; la contractura que ordinariamente es bilateral, se limita en ocasiones á un sólo lado del cuerpo. Además de esos síntomas que caracterizan la afeccion, hay ciertos fenómenos inconstantes, como convulsiones clónicas, que en los niños suelen alternar con los calambres limitados, hinchazon al rededor de las articulaciones, y alguna vez fiebre de tipo remitente ó intermitente, y en ciertas condiciones se sustituye el calambre por una parálisis, y eso prolonga la enfermedad; pero cuando se extiende la parálisis á los músculos respiratorios, y entre éstos al diafragma, la tetánia constituye entónces una enfermedad muy grave.

Curso, duracion y terminacion.—La duracion de ésta es variable, por lo comun de dos ó tres setenarios; si termina por parálisis ó es intermitente, dura más tiempo; es enfermedad propensa á recidivas, que alguna vez son regulares.

Pronóstico.—Por regla general reservado; pero si la parálisis ataca los músculos respiratorios, la muerte suele sobrevenir con gran prontitud; esta razon la tenemos presente para hacerlo así; fuera de esta circunstancia, será el pronóstico favorable.

Tratamiento.—Pueden ser causa de la enfermedad desarreglos menstruales, helmintíasis, trabajo de la denticion, etc.; satisfágase con los medios apropiados la indicacion; pero si la tetánia es secundaria, esto es, consecutiva á otros padecimientos que profundamente alteran la nutricion, los medicamentos tónicos y una buena higiene regularizan la accion nerviosa, consiguiendo que la nutricion recobre su integridad. Cuando se trata de la tetánia primitiva, se aconseja la belladona, el ópio á crecida dósis, las inyecciones hipodérmicas morfinadas; y en aquellos casos en que hay periodicidad, el sulfato químico.

Algunos han recomendado la medicacion perturbadora, basada en el uso de la ipecacuana, y ha dado buen resultado principalmente en los niños; en los adultos robustos, los ha dado la sangría, y en otros muchos casos, las inhalaciones clorofórmicas.

CAPÍTULO XXXIII.

Aquinesias.
Parálisis del facial.

Sinonimia.—Parálisis mímica; parálisis de Bell.

Esta enfermedad es una de las parálisis idiopáticas locales, que se presentan con más frecuencia, y se caracteriza por la abolicion del movimiento en los músculos

que son animados por la porcion dura del sétimo par.

Causas.—El frio intenso, una contusion, la herida del nervio, una impresion moral viva: como causa determinante, la compresion producida por un exóstosis, la cáries del peñasco, ó la destruccion del nervio por la misma causa. Téngase en cuenta que es enfermedad más propia del hombre que de la mujer; más comun en la edad adulta; y como causa especial debemos consignar, que la compresion de la cara por las ramas del forceps en el acto del parto, puede motivar en los recien nacidos la parálisis del sétimo par.

Síntomas.—Suele unas veces presentarse esta parálisis de un modo repentino; pero en cambio otras lo hace de un modo gradual, y en esto influye principalmente la causa que la determina.

Ya declarada, ofrece la fisonomía un aspecto especial, pues hay falta de simetría en ambos lados de la cara; si ésta se halla fija, parece estar más prominente la mitad en que reside la parálisis, en cuyo lado las facciones están como tiradas al lado sano; en éste no sólo la nariz, sino la mejilla, se encuentran retraidas; la boca deprimida en el lado enfermo, estará inclinada al otro; no hay accion para sostener bien los alimentos sólidos y líquidos, y hasta la saliva se sale de la cavidad; imposibilitada está la accion de soplar, silbar, etc., como de pronunciar bien las palabras, que requieren la intervencion de los labios; agregando á esto la torpeza con que se efectúa la masticacion é insalivacion, y en ocasiones tambien la deglucion, pues suele haber desviacion de la lengua al lado sano; y por último, el gusto puede estar debilitado en la mitad á que corresponde la parálisis.

Pero si notables son estos síntomas, áun hay otros que podemos reseñar: la frente no puede arrugarse

en su mitad correspondiente al lado afecto, en el que se nota la ceja más baja que en el opuesto; el ojo si bien deja correr las lágrimas, como permanece abierto en algunos casos, la conjuntiva se seca y empaña.

En ciertas ocasiones se marca torpeza de oido en el lado paralítico; cuando la afeccion se prolonga, se embota la sensibilidad cutánea, que no debe extrañarse esté intacta en el lado de la parálisis al principio. Es enfermedad en que no hay dolor de cabeza, ni fiebre, ejecutándose con toda regularidad la funcion de la digestion y demás; siendo, por último, notable que la falta de simetría en ambos lados de la cara, se pronuncia de una manera marcadísima cuando el individuo habla, y áun más cuando se rie.

Cuanto dejamos dicho respecto á los síntomas, sufre modificacion segun la causa que haya producido la parálisis; así es que si son muy notables los desórdenes de la vision, audicion, etc.; si hay estrabismo, sordera, anestesia, etc., comprenderémos que han tomado parte otros nervios cerebrales, y la causa probable será intra-craneana; así como sospecharémos depende la afeccion de la destruccion ó enfermedad del facial, en el acueducto de Falopio, si hay flujo otorrágico, torpeza ó sordera completa, ó alteracion del gusto, pues debemos creer en la participacion del nervio petroso mayor superficial, y áun de la cuerda del tímpano en semejante parálisis; y admitirémos que el punto de partida sea las ramificaciones de la cara, cuando sobrevenga esta parálisis despues de un brusco enfriamiento, de una violencia ejercida en el rostro, ó de la presencia de un tumor que comprima el nervio en los alrededores del agujero estilo-mastoideo; si el oido y el gusto no están alterados, vendrá esto á probar que funcionan normalmente los demás nervios cerebrales.

Curso, duracion y terminacion.—El curso de esta enfermedad, unas veces es rápido y otras lento, pudiendo durar dos meses y áun más; siempre tendremos en cuenta la causa que la produce, y si entre las que corresponden á las intra-craneanas, las hay que hacen esta afeccion persistente é incurable; en ese mismo grupo de causas hay otras, como sucede con una pequeña hemorragia, que la hacen de fácil curacion; en general, si no depende de lesion en el nervio, se cura fácilmente, ó al ménos en la mayoría de casos.

Pronóstico.—Este será poco grave en las más de las ocasiones, y sobre todo cuando es idiopática.

Tratamiento.—Se comprende desde luego que cuando sea la enfermedad sintomática, es indispensable dirigir éste á la enfermedad que la ha ocasionado y que la sostiene; pero si es idiopática y puede provocar fluxiones, tal vez sea necesario una aplicacion de sanguijuelas, revulsivos á los extremos inferiores y al canal intestinal mediante laxantes; son útiles las fricciones con linimentos amoniacales, el alcoholado de Fioraventi, el aceite de croton, de cayeput, alcanforado y otros; al interior y exterior el extracto de nuez vómica, vejigatorios volantes en el sitio de emergencia y trayectos del facial; y es el medio más poderoso la aplicacion eléctrica, empleando la corriente que provoca contracciones musculares. Si esta parálisis se presenta en los recien nacidos, por sí se cura en un breve plazo.

CAPÍTULO XXXIV.

Neurósis cerebro-espinales.
Epilepsia.

Esta neurósis convulsiva se caracteriza por accesos intermitentes, con completa y súbita pérdida del sentimiento; de marcha crónica, es acompañada de debilidad, de perversion, y en ocasiones de abolicion de las facultades intelectuales, siendo en la mayoría de casos incurable.

Causas.—En esta enfermedad, más que en ninguna otra nerviosa, tiene influencia especial la herencia, favorecida por una constitucion débil, y una predisposicion especial, hija del temperamento; es más propia de la mujer; prefiere la primera edad; é indudablemente influye en su presencia el trabajo de la denticion y las dificultades para menstruar: como causas ocasionales, ocupan el lugar más preferente, el espanto y el terror, sobre todo si éste tiene lugar durante el sueño ó el período catamenial: del mismo modo, aunque en menor escala, obra el pesar y la cólera; y aunque algunos autores citan el abuso de los alcohólicos, y los excesos en los placeres del amor, entre las causas ocasionales, creemos que más influye en su desarrollo el abuso de los trabajos mentales.

Anatomía patológica.—Podiamos hacer abstraccion de este párrafo al describir esta enfermedad, como lo hacen los más notables autores; porque la epilepsia no presenta lesion alguna anatómica; y aparte de las congestiones cerebrales y pulmonares, dependientes de

las convulsiones, ninguna de las lesiones como tumores intra-craneanos, derrames, alteracion de las meninges, hipertrofia del cerebro, etc., que suelen hallarse, podemos considerarlas como propias y peculiares de la epilepsia; así es que sólo lo hacemos porque modernamente investigaciones histológicas han venido á demostrar alteraciones en la médula, en la porcion oblongada, como consecuencia de la epilepsia; en los casos recientes, se ha encontrado estado hiperémico de los vasos de la médula oblongada: si la enfermedad ha sido de larga duracion, los vasos se han dilatado por la repeticion de los accesos, y convirtiéndose en causa de irritacion para las células nerviosas, vienen á formarse exudaciones plásticas, con induracion de las paredes de los vasos y áun de los elementos nerviosos: el último término de las alteraciones histológicas conocidas, lo marca una degeneracion de naturaleza grasienta.

Conformes con estas ideas, veamos la explicacion que Brown Séquard da á la série de síntomas que caracteriza el acceso:

«Las convulsiones epilécticas corresponden á la cla»se de los fenómenos reflejos.»

Una irritacion psíquica ó periférica, refleja y se hace sentir sobre la médula y gran simpático, dando lugar á un espasmo de los vasos sanguíneos de la cara y cerebro, que está en relacion con la palidez y pérdida del conocimiento. Arrojada la sangre de la cara y del cerebro, va á acumularse en la base del cráneo y médula, y la excitacion consiguiente hace que entren en contraccion tónica los músculos de la laringe, nuca y pecho; propágase áun más la excitacion nerviosa, y entónces es cuando se generalizan las convulsiones, y áun los músculos de los reservorios toman parte; de aquí las contracciones de la vejiga, útero, ereccion y eyaculacion.

Al período espasmódico sucede un agotamiento nervioso general, y en particular de la excitabilidad refleja; exceptuando la fuerza respiratoria, que poco á poco vuelve al estado normal, y últimamente concluye el acceso por el coma ó el sueño.

Síntomas.—Forzoso es convenir que es muy distinta la invasion de la epilepsia, y que esto depende en la mayor parte de casos de las causas que la producen. Ocasiones hay en que se presenta de un modo brusco en cualquiera época de la vida, por una causa accidental; y otras, una predisposicion hace se manifieste en la infancia ó en edad más ó ménos avanzada; y si unas veces son fenómenos nerviosos fugaces los que llegan á presentarse, otras, desde el principio, se ofrecen con intensidad.

No extrañemos que en determinados casos sólo sea manifestacion un simple aturdimiento, un vértigo, en que hay suspension de la inteligencia y voluntad; ó bien ligeras distracciones, durante las cuales aparecen insensibles los sentidos á toda impresion, sin que sobrevenga perturbacion alguna en las demás funciones.

En la inmensa mayoría de casos, el ataque es brusco sin pródromos, pero algunas veces los hay ora lejanos, ora próximos. Consisten los primeros en un cambio en el carácter de la persona, que se revela por tristeza, irritabilidad, agitacion, dolor de cabeza y áun trastornos digestivos, fenómenos precursores de más ó ménos duracion; y que si bien sólo pueden existir ó preceder al ataque una, dos ó más horas, tambien suélen prorogarse muchos dias.

Los fenómenos inmediatos ó pródromos próximos, consisten en sensaciones locales diversas, y es lo que muchos autores llaman *aura epiléptica*. Hay individuos en los que se caracteriza este período prodrómi-

co por una sensacion de torpeza, ó algun dolor ó impresion de frio ó de constriccion en cualquiera parte del cuerpo; pero otras veces, sólo dos ó tres minutos ántes del ataque, se presentan alucinamientos, ó bien pervertida la voluntad, el individuo anda, corre sin direccion cual un autómata; y cuando estos fenómenos faltan, caen bruscamente lanzando un grito de dolor.

Exista ó no *aura epiléptica*, cuatro fenómenos simultáneos marcan el principio del mal, y son la caida, pérdida del conocimiento, palidez del semblante y el grito.

Coincide con la caida que es instantánea, sin elegir sitio que pueda ser favorable, el grito que es único, y que podemos atribuir al espasmo de los músculos laríngeos; es igualmente simultánea la pérdida del conocimiento; falta la voluntad, la nocion del yo y del mundo exterior; por eso pasado el ataque no conserva el individuo recuerdo alguno de lo que sufriera: la palidez tambien es repentina, y revela el espasmo vascular, y la isquemia de los órganos intracefálicos.

Durante medio minuto próximamente, permanece en inmovilidad rígida, la cabeza fija en rotacion forzada, suspendida la respiracion, concentrado y pequeño el pulso; á la palidez inicial, sucede una inyeccion violácea.

En medio minuto, la escena cambia por completo, y á ese corto período que se llama tónico, suceden sacudidas convulsivas clónicas en la cara, lengua, laringe; estas partes como inervadas por el bulbo, siguiendo la convulsion en el tronco y miembros. La frente se pliega; las cejas se aproximan; los párpados se entreabren; los ojos ya fijos, ya girando convulsamente; castañeteo de dientes que hasta pueden romperse; la lengua suele cogerse y áun dividirse; espuma sanguino-

lenta asoma á los labios; la cabeza se levanta y cae con aterradora velocidad; unas veces se halla el cuerpo en estado tetánico, pero otras se retuerce, elevándose y cayendo con fuerza y prontitud asombrosa; las extremidades sufren violentas sacudidas, que alguna vez motivan luxaciones y áun fracturas; las manos casi siempre cerradas, cogiendo al pulgar en la palma de ellas. A medida despues que la respiracion se regulariza, desaparece el tinte asfíctico; pero siempre la respiracion es penosa, entrecortada; se dilata el pulso, pero es algo irregular y tumultuoso, y se presenta un sudor abundante que marca el término del ataque, en cuyo momento suele coincidir alguna vez emision involuntaria de orina, de materias fecales más raro, y áun de esperma en determinados casos. Este período, que es el clónico, dura más que el anterior, pues aunque disminuye la convulsion no cesa sino ligeramente, presentando sacudidas parciales los músculos, las que son seguidas de un temblor ligero, y luego de un colapso general, que pone fin al ataque. Durante el colapso se percibe ronquido estertoroso: la respiracion y circulacion recobran el ritmo que le es propio; la insensibilidad suele subsistir; vuelven en sí, pero sin recordar nada del ataque que han pasado, y caen en un sueño largo y pesado, despues de haber pronunciado algunas palabras, de acusar cefalalgia y fatiga extrema; luego recobran tan pronto la salud, que al momento vuelven los pacientes á sus tareas habituales.

En vista de lo expuesto, bien podemos decir que hay cuatro períodos en la enfermedad: el de caida, el de convulsion tónica, el de clónica y el de coma, haciendo abstraccion del *aura epilèptica,* por ser inconstante, y del sueño reparador, que indudablemente forma otro período de la enfermedad que describimos.

Mas no son los accesos tan sencillos y regulares; los hay compuestos ó paroxísticos, que si bien en un principio son idénticos, ya en la fase del coma no recobran los enfermos tan fácilmente el conocimiento, se repiten los ataques convulsivos, vuelve coma más profundo, y repitiéndose los accesos, se prolongan dos y áun tres dias, con la particularidad de que un delirio sombrío puede reemplazar al coma.

Mencionemos la forma *apoplética* entre los accesos compuestos. No hay en ésta fase tetánica; la convulsion es clónica; desde luego más violenta y más breve. Despues de la caida viene el sopor, que puede ser muy duradero; y suelen observarse parálisis incompletas y pasajeras, casi siempre de forma hemiplégica.

Otras veces la epilepsia viene como todas las neurósis, enmascarada, simulando otra afeccion; esta forma se llama *larvada,* y las más comunes son el tic convulsivo, la angina de pecho y la neuralgia del quinto par.

Pero no en todos los casos la epilepsia se presenta como hemos descrito, *sencilla, apoplética* ni *larvada,* formas de la misma afeccion que conocen algunos autores con el nombre de *gran mal;* hay otras formas que son incompletas, éstas se distinguen con la denominacion de *pequeño mal;* en ellas, al predominar los accidentes cerebrales, vemos la esfera motriz poco ó nada afectada; el vértigo y la privacion son las comprendidas en el *mal menor* ó *pequeño mal;* y los accidentes son tan ligeros y el ataque tan circunscrito, que el mismo nombre nos dice qué fenómenos son los que se presentan; siendo las más de las veces formas cuya aparicion precede á los verdaderos ataques, cuya descripcion queda hecha, ó tienen lugar en el intervalo de los mismos.

Curso, duracion y terminacion.—Como enfermedad

esencialmente crónica, es afeccion que se prolonga muchos años; por regla general alguna vez ofrece tendencia á la periodicidad, y por lo comun son más cortos los intervalos de los accesos, á medida que el mal es más antiguo.

Si la epilepsia es hereditaria ó se padece desde la primera edad, la considerarémos incurable, como igualmente si no se puede apreciar la causa que la produce; tan sólo cuando sea causa de ella una accidental, ó cualquier desórden patológico que pueda repararse, serán los únicos casos en que con más ó ménos trabajo triunfarémos de una afeccion tan grave, que si no lo es inmediatamente, no son pocos los casos en que á la larga trae en pos de sí consecuencias desastrosas. Tengamos en cuenta el cambio en el carácter de la persona, como lo llegamos á observar cuando los ataques son repetidos, y la perturbacion que se actúa en las facultades del entendimiento; y no extrañemos que la degradacion creciente de la inteligencia motive un estado persistente de demencia: los accesos de paroxismo repetidos terminan por parálisis del bulbo y la asfixia; en este caso la muerte es la terminacion forzosa; muy rara vez será ésta en los accesos simples, y siempre la curacion constituirá un caso excepcional en enfermedad tan rebelde, insidiosa y terrible.

Pronóstico.—Por lo que hemos consignado en el párrafo anterior, se deduce que siempre es enfermedad grave por su rebeldía, pero que es distinta la gravedad, segun las causas productoras.

Cuando la epilepsia sea hereditaria, cuando no sea apreciable la causa que la motiva, cuando se padezca desde la edad más tierna, el pronóstico es gravísimo, por ser entónces la afeccion incurable, y poder dar lugar á las consecuencias ya ántes mencionadas; pero si

una causa accidental la ha originado, si ésta puede conocerse, y lo que es más interesante, combatirse; si el curso de la enfermedad es lento, y largo el intervalo de los ataques, entónces tenemos circunstancias favorables que modifican la gravedad del pronóstico; mas nunca haremos éste halagüeño, pues es en extremo difícil predecir cuáles sean los casos excepcionales en que sea posible obtener satisfactorios resultados.

Tratamiento.—En primer lugar admitimos el precepto formulado por Romberg:

«Proscríbanse los matrimonios consanguíneos en to»da familia en que la epilepsia se herede, y no se per»mita que una madre epiléptica amamante á sus hijos, »que debe criar una robusta nodriza.»

La importancia de este precepto se recomienda por sí sólo.

Cuando tengamos que tratar un epiléptico, examinarémos su estado orgánico, con el objeto de indagar si algun desórden visceral ó periférico es causa del padecimiento; y al hacer este exámen, fijémonos principalmente en las lesiones del ovario y útero, y en el estado de los nervios de la periferia: no olvidemos el estado constitucional y los hábitos que pueda tener el paciente; el escrofulismo y la anemia en el primer caso llamarán nuestra atencion, como en el segundo los excesos venéreos, el onanismo y masturbacion, más los abusos de bebidas espirituosas: siempre será oportuno usar algun vermífugo y un tenífugo, pues en no pocas ocasiones, sobre todo en los niños, aclaran y áun determinan la causa de la enfermedad.

En todos aquellos casos en que no nos sea dado obtener buen resultado de las investigaciones referidas, es preciso atacar la excitabilidad refleja anormal del bulbo.

Para ello han recomendado algunos buenos prácticos ventosas ó sanguijuelas á la nuca, y despues vejigatorios, sedales ó caústicos. Aunque haya caido en descrédito esta medicacion, convengamos en que si bien debe proscribirse en los individuos débiles, tiene utilidad este tratamiento en otras circunstancias favorables, y sobre todo en los casos recientes.

Por lo que hace á los medicamentos propinados para combatir esta insidiosa enfermedad, hagamos abstraccion de los innumerables que se han recomendado sin tener utilidad reconocida, y fijémonos en los más importantes y de crédito experimentado, que son: el bromuro potásico, la belladona, las sales de zinc y el sulfato cúprico.

El bromuro potásico, usado por célebres prácticos, es muy encomiado por Jaccoud á dósis crecientes y elevadísimas; pues lo aconseja á una dracma y dracma y media (4 á 6 gramos), por espacio de meses y hasta un año, cuidando sólo de la tolerancia del estómago.

La belladona tambien aumentando la dósis, hasta que sobrevenga sequedad de garganta, trastorno en la vista y cierta agitacion cerebral.

El sulfato cúprico ó amoniacal tambien se administra con aumento progresivo; pero seamos justos diciendo que no hemos obtenido resultado alguno favorable del uso de este medicamento, tan ensalzado por Herpin.

El mismo Profesor aconseja el óxido zínccico, el valerianato y el lactato, llegando á usar dracma y media (6 gramos) del primero al dia, media (2 gramos) del segundo, y 18 á 20 granos (1 gramo) del tercero.

Mucha constancia exige el uso de estos distintos preparados, sin que hasta hoy los resultados hayan sido tan felices como fuera de desear, sobre todo respecto á los preparados de zinc y de cobre: alguna confianza

podemos tener en los dos medicamentos primero mencionados, siempre que los accesos se retarden y pierdan en intensidad.

Mas á pesar de todo, la higiene del epiléctico es la que reclama todos nuestros cuidados: regularícense las funciones digestivas; téngase libre el vientre; úsense baños tibios; disfrútese del campo y de un ejercicio moderado; evítese toda clase de excesos y de emociones fuertes.

Por último, el acceso exige tambien algunos preceptos, que constituyen el tratamiento del mismo: si sospechamos que va á dar, hágase acostar al individuo en sitio seguro; si los paroxismos repiten, podemos temer una congestion cerebral, y quizás sea útil recurrir á una sangría, y siempre á revulsivos inferiores y aplicaciones frias á la cabeza.

Los demás medios aconsejados durante el acceso están hoy en desuso, por haber sido completamente reconocida su ineficacia.

CAPÍTULO XXXV.

Histerismo.

Sinonimia.—Mal histérico.

Es esta una enfermedad que ofrece un conjunto desordenado de síntomas numerosos, que invaden todas las esferas del aparato de innervacion; pero que una vez realizada presenta reunidos dos elementos, que podemos decir fundamentales de ella, que son la paresia cerebral y la hiperquinesia espinal. El histerismo no es posible decir que sea una neurósis cerebral

ó espinal; es más bien una ataxia cerebro-espinal que viene á constituirla la decadencia de la innervacion voluntaria, y el predominio de la involuntaria. En provecho de esta última, se transforma la gerarquía fisiológica, y se produce una enfermedad del ser moral, y psíquico, que si por un lado se caracteriza por predominio de impresiones sensibles sobre determinaciones voluntarias, por otro, espasmos y convulsiones paroxísticas que á la vez ocupan el sistema espinal y simpático; además modificaciones diversas en la excitabilidad de los nervios; son otros tantos caractéres que imprimen el sello á la enfermedad.

Causas.—El sexo femenino; la mujer, siempre impresionable, tiene en sí verdadera predisposicion accesible, mucho más que el hombre, á cuanto afecta al yo sensible; tiene ménos aptitud que éste para dominar sus pasiones; es las más veces impotente para prevenir las reacciones, que motivan en ella excitaciones; y no pocas veces deja subyugar su razon y voluntad, por esas impresiones psíquicas que indudablemente las dirigen; esto hace que no se presente la enfermedad hasta la pubertad, prefiere desde esta edad hasta los 45 años; tambien se considera como enfermedad hereditaria; influye mucho en su presencia la educacion física y moral, la vida de reclusion, los estudios excesivos ó superiores á la potencia intelectual, y cuanto pueda exaltar la imaginacion y los sentidos, sobre todo en el comienzo de la juventud.

No olvidemos enumerar entre las causas, que es frecuente padezcan esta enfermedad las mujeres que enviudan jóvenes, las que casan con hombres próximos á la impotencia, y las que durante el matrimonio fueron estériles.

Hay otro género de causas, que casi siempre residen

en el aparato generador, y son las somáticas: cuanto pueda referirse á las distintas fases orgánicas de la funcion de la ovulacion, los desarreglos menstruales, afecciones uterinas ó de los órganos anexos, pueden comprenderse entre ellas; y si bien no ejercen influencia marcada ciertas enfermedades agudas, muchas irritaciones crónicas y dislocaciones del útero, coinciden con esta penosa enfermedad.

Convengamos en que estas causas somáticas, no tienen tanta importancia como han querido darle algunos autores; y que hay otras que siendo ménos frecuentes, sí ejercen accion especial en la produccion de esta afeccion, como son las enfermedades agudas que debilitan el sistema nervioso, y más comunmente la clórosis y las distintas anemias.

Por último, no dudemos que hay hombres histéricos, son raros, pero aquellos que han abusado de la masturbacion ó del cóito, ó bien tienen una constitucion física delicada, y más todavía los que hasta cierto punto se asemejan á la mujer por su carácter impresionable, sufren esta enfermedad, y su existencia está de contínuo acibarada con tan molesto padecer.

Síntomas.—Muy raro es que empiece la enfermedad por el ataque convulsivo tónico ó clónico; es comun que la preceda un largo período, durante el cual se observe alteracion moral sensible y afectiva. Irritabilidad de génio, vivacidad de carácter impresionable áun á lo más sencillo; alternativas de tristeza y de alegría es lo primero en presentarse, viniendo despues fenómenos de un órden más material, como calambres, ilusiones de frio ó de calor, palpitaciones, accesos de sofocacion y áun perturbaciones digestivas; tales fenómenos constituyen segun algunos, los pródromos de la enfermedad; pero otros con razon, los consideran como efec-

to del mal confirmado; y nosotros convenimos en que tal estado no es prodrómico, sino una forma de esta afeccion, la no convulsiva, la llamada *vaporosa* por los antiguos.

La forma *convulsiva*, sí es precedida de pródromos que duran pocas horas ó hasta dos dias, y éstos son por lo general escalofrios, bostezos y pandiculaciones, laxitud, sensacion de constriccion epigástrica ascendente á la garganta, esto es bolo histérico, locuacidad, exaltacion intelectual, unas veces desórden de ideas, otras alucinamientos, frecuentes ganas de orinar y algun otro fenómeno secundario. A este estado precursor sucede el ataque, que puede presentar dos formas en la misma paciente: la convulsion, que es local y tónica en la una, siendo general y clónica en la otra.

La forma *tónica* se constituye por un espasmo, que si bien ocupa la esfera del simpático y nervios craneanos, se fija en los vagos y faciales; hay la bola ascendente, tos ruidosa, sollozos, bostezos, hipo y áun angustia sofocante; si el espasmo se fija en los músculos que inerva el facial, observarémos la risa sardónica, en ocasiones el trismo, y excitándose los plexos hipogástricos, puede haber iscuria ó momentánea retencion de orina.

Unas veces se reduce el ataque á lo dicho, ó sea *espasmo tónico,* y pronto pasa; pero otras sólo es el comienzo del *clónico* ó *comun*, que se indica por propagarse la convulsion á todo el sistema cerebro-espinal, y por predominar la contraccion clónica.

Muchas veces es el ataque general; cae entónces la paciente gritando, pero cuida de no hacerse mal; y al ménos en un principio no se pierde el conocimiento, y sí es frecuente que griten; no por eso deja de ser alguna vez la invasion silenciosa; más en uno y otro caso sollozan, no pueden deglutir y quieren como arrancar-

se del cuello un obstáculo que las ahoga, y todo el cuerpo se agita violentamente con extraordinaria fuerza.

El fin del ataque es gradual ó súbito; su duracion varía desde algunos minutos á varias horas, y se anuncia por llanto ó evacuacion abundante de orina incolora y límpida la terminacion del mismo; presentándose en algunos casos, pero raros despues de la convulsion, el éxtasis ó un síncope, que alguna vez ha coincidido con el estado cataléptico.

Hagamos notar que no siempre la sencillez acompaña á esta enfermedad, pues suelen los accesos estar separados por remisiones de minutos ó de horas, y durante ellos no se presentan las evacuaciones secretorias que señalan el término del ataque, sino sólo es la remision una tregua, para volver el paroxismo con la misma ó mayor intensidad.

Tal es la descripcion del estado histérico; pero para completar la de la enfermedad que nos ocupa, hagamos presente cuáles son los desórdenes nerviosos que en el intermedio de los ataques se manifiestan, ó pueden ser consecuencia de ellos.

Hay *desórdenes de sensibilidad,* y éstos consisten principalmente en una hiperestesia, que puede ser general ó local; en el primer caso la mujer se anonada por la más ligera excitacion; en el segundo se manifiestan neuralgias, que atacan el trigémino, el ciático, el nervio suboccipital, etc.; la jaqueca, el clavo histérico, la mastodinia y otras, son las preferentes. En no pocos casos son estas neuralgias viscerales, y muy comun la gastralgia, hepatalgia, enteralgia é histeralgia. Distintas formas de anestesia tambien encontrarémos, que si en ocasiones es tactil, muscular, etc., en otras alcanza á los sentidos; y no extrañemos observar la amaurosis y la sordera, entre las más frecuentes y constantes.

Pero pueden ser los *desórdenes psíquicos,* y el rasgo característico de ellos es la falta de voluntad, y la esclavitud del pensamiento y de la razon á las impresiones que afectan al yo sensible, y parece depender esto de que la actividad cerebral es absorbida por el gasto de la innervacion sensitiva y automática: las facultades intelectuales generalmente están intactas, pero su potencia disminuida como la de la voluntad; más en otros casos no sucede esto, sino que sobrevienen complicaciones graves, como la *locura*, que presenta ciertos rasgos distintivos histéricos, constituyendo unas veces la *ninfomanía,* otras la *melancolía,* y algunas la *manía;* formas de enajenacion que aunque no las consideremos sintomáticas del histerismo, sí tendremos presente, son complicaciones que vienen hacer más grave y triste la enfermedad que nos ocupa.

Hay *desórdenes de motilidad*, que no son ménos variables que los de sensibilidad: la hiperquinesia histérica que se observa en los ataques bajo la forma de convulsiones clónicas ó tónicas, toma despues el carácter de espasmos viscerales, ó la de contractura. Esta es más frecuente en los músculos de los miembros; puede ser pasajera, móvil y coincidir con dolores vivos articulares; los espasmos tienen diversas formas: ya se presentan vómitos, tos, accesos disnéicos, espasmos del esófago, glotis, hipo, latidos epigástricos y otros. La aquinesia afecta el movimiento voluntario, rara vez los orgánicos; su desarrollo puede ser gradual ó brusco; es una manifestacion frecuente del histérico, pero sus localizaciones son variables; siendo las más comunes la hemiplegia izquierda, la paraplegia, luego la hemiplegia derecha, siguiendo á éstas las parciales ó de los miembros, y rara vez la de la laringe y diafragma.

Últimamente, hagamos notar los *desórdenes de los va-*

sos motores, que se revelan por oscilaciones irregulares en la distribucion de la sangre, y por las modificaciones de secrecion.

Las funciones digestivas pueden permanecer por mucho tiempo intactas; pero no dejan de presentarse las dispepsias y los apetitos extravagantes; claro es que si este estado se prolonga, la nutricion será escasa, y los pacientes caerán paulativamente en el marasmo, que dará lugar á ese estado llamado *caquexia nerviosa*. No sólo considerarémos como complicaciones de esta afeccion, el trastorno intelectual y la anemia; puede serlo tambien la epilepsia; y esto que á la verdad constituye la más peligrosa de todas las complicanes, suele observarse en las mujeres extenuadas por la antigüedad de mal.

Curso, duracion y terminacion.—Es enfermedad de marcha crónica, siendo por lo tanto su duracion indeterminada; y aunque los ataques se presenten de tarde en tarde, no hay tendencia alguna en ella á la curacion; lo que sí acontece, que se interrumpe su curso por el embarazo y por las enfermedades agudas.

Diagnóstico.—Véase el correspondiente cuadro.

Pronóstico.—Podremos hacerlo favorable, cuando la causa productora de la enfermedad nos sea conocida y fácil de remover, como el celibato prolongado, la amenorrea, etc.; pero por lo comun debe ser reservado, por la gravedad que encierra; no olvidemos para ello los desórdenes intelectuales persistentes, que en muchos casos se presentan; y que si ciertas formas de histerismo no amenazan la existencia, otras veces esta neurósis puede concluir con la vida, ya sobreviniendo una muerte rápida no explicable áun por las autopsias, ya por congestiones ó hemorragias cerebrales, que conducen violentamente al mismo triste fin.

Tratamiento.—El más importante es el profiláctico: empleemos todos los medios que la prudencia y la buena educacion aconsejan, para vigorizar el cuerpo y hacer que las impresiones sensitivas y los impulsos se sujeten á la razon y á la voluntad. Indaguemos siempre la causa que pueda haber originado el mal; si es de interés en todos los casos este conocimiento, mucho más lo es en el de las neurósis, pues las somáticas ó psíquicas, las materiales y áun las morales, se hace difícil su investigacion en la gran mayoría de casos.

Procuremos apaciguar la excitabilidad espinal, y desarrollar la innervacion voluntaria; y para esto podemos recomendar la hidroterapia, bien baños tibios prolongados, bien afusiones frias; lo primero indicado, en las personas excitables que tienen los accesos convulsivos no sólo frecuentes, sino violentos; lo segundo, cuando sean tranquilos los ataques de histérico: los baños termales y el uso de leche ó de suero, tienen una importancia reconocida.

Se hace hoy bastante uso del bromuro de potasio y del arsénico, ambos en dósis crecientes, y el último en gránulos ó segun la fórmula de Fowler, empezando por un milígramo por dia, y aumentando hasta 12 y áun 15, segun la tolerancia gástrica. El arseniato de hierro está indicado en los anémicos, y los antiespasmódicos valeriana, castoreo, sales de zinc y de plata, llenan indicaciones sintomáticas, como acontece con los narcóticos belladona y ópio. Al lado de este tratamiento médico, la naturaleza de tan insidiosa afeccion suministra una indicacion psíquica, que consiste en ejercitar á los enfermos, teniendo siempre en cuenta oponer la impulsion voluntaria á la refleja.

Indicaciones particulares exigen ciertos fenómenos; entre éstas, debemos recurrir á la faradizacion ó galba-

nizacion para combatir la parálisis, y si puede moverse la paciente, el uso de duchas frias: las contracturas, trátense con la anestesia local, ó por inyecciones hipodérmicas de morfina: los vómitos, por medio del hielo, ópio, tintura de yodo, y cáustico sobre el epigastrio; y si resisten á lo que queda expuesto, la cauterizacion punteada del epigastrio por el hierro rojo, suele ser coronada del mejor éxito.

Complétese lo expuesto con un género de vida severo, alimento tónico, ejercicio al aire libre hasta el cansancio, abstinencia de placeres y de cuanto pueda exaltar la imaginacion: y el matrimonio tan recomendado por algunos prácticos será favorable, si llega á satisfacer alguna pasion contrariada, esto es, si la mujer ve en él ó con él realizado sus deseos; en caso contrario, no sólo no tiene eficacia, sino que llega á agravar este padecimiento.

CAPÍTULO XXXVI.

Catalepsia.

Es enfermedad rara, paroxística, constituida por dos elementos: la suspension de las operaciones cerebrales ó de sus manifestaciones exteriores, y el acrecentamiento de la tonicidad espontánea y refleja en los músculos de la vida animal.

Es frecuente hallar la catalepsia en determinadas formas de enajenacion; acompaña al éxtasis histérico, y no deja de presentarse alguna vez en ciertos estados nerviosos, como el sonambulismo y tarantulismo.

Causas.—Están predispuestos los niños y jóvenes impresionables, ó de un temperamento nervioso muy

marcado; las emociones vivas y la masturbacion, se consideran las únicas causas ocasionales que puedan producirla; pues por lo que hace al enfriamiento y al influjo concedidos por algunos autores al miasma palúdico, no está aún comprobada la certeza de ello.

Síntomas.—En unas ocasiones la tristeza, los bostezos, cefalalgia, vértigos, etc., son los pródromos del mal, que otras veces empieza de un modo brusco; pero que con pródromos ó sin ellos, el individuo queda como suspenso, inmóvil en la posicion en que se halla, perdiendo el conocimiento en unos casos, y en otros conservando su inteligencia, pero sin poder dar cuenta de lo que oye, ve, etc.; luego viene el espasmo de la tonicidad muscular, y los músculos quedan fijos en aquella situacion que tuvieran cuando dió comienzo el ataque. Tanto la movilidad refleja comun como la voluntaria se aniquilan; pero se aumenta la actividad refleja en la innervacion de estabilidad. La contractilidad eléctrica de los músculos se conserva; y parece que la excitabilidad de los nervios periféricos se acrecienta durante el acceso, disminuyendo hasta desaparecer en el intervalo de los mismos.

En los músculos de la vida orgánica vemos que, si bien rebajada, persiste la motilidad; los movimientos del corazon podemos percibirlos sólo por la auscultacion, y los respiratorios están en extremo debilitados; la faringe y el esófago conservan movimientos automáticos, y la orina y materias fecales casi siempre son retenidas.

Al finalizar el ataque, el individuo se espereza; la respiracion es más profunda, y paulatinamente vuelve en sí, recordando incompletamente lo sucedido, si sólo hubo suspension de su inteligencia; pues si el conocimiento se perdió por completo, no hay conciencia de lo pasado.

Nos fijarémos, para distinguir esta afeccion de aquellas que presentan abolicion del movimiento y pérdida de la inteligencia, en que no caen los individuos al suelo en el acto del ataque; y tendremos en cuenta para diferenciar la catalepsia de la muerte real, la persistencia de los ruidos del corazon, y el ser posible fijar los músculos en posicion contraria á las leyes de la gravedad.

Curso, duracion y terminacion.—Es muy variable, pues si bien hay accesos que duran unos minutos, otros se prolongan muchos dias; pero teniendo su curso interrupciones más ó ménos largas, es por lo comun enfermedad de mucho tiempo, y no termina por la muerte, pues sólo sobreviene ésta cuando complicaciones graves empeoren el estado de estos pacientes, ó sea la catalepsia secundaria.

Pronóstico.—En general favorable, si bien tendremos presente la frecuencia de los ataques y la duracion de los mismos: en la forma primitiva, será este ménos grave que en la sintomática.

Tratamiento.—Si la catalepsia es esencial ó primitiva, los tónicos en los intervalos que dejan los accesos; si es sintomática, combátase la afeccion que provoque la enfermedad; si existe periodicidad, úsese la quinina; si el ataque es corto, contentémonos con situar cómodamente al enfermo; pero si es largo y la respiracion y circulacion se debilita, reanímese la innervacion por medios que impresionen bruscamente, como la aspersion con agua fria, ó la aplicacion del fluido eléctrico. No olvidemos las inhalaciones de amoniaco, los revulsivos fuertes y áun la administracion de un emético, si el acceso es muy largo: en este caso la alimentacion no debe descuidarse, valiéndonos de la sonda esofágica y de enemas de caldo con vino.

CAPÍTULO XXXVII.

Neurósis espino-bulbares.
Parálisis agitante.

Sinonimia.—Parálisis temblorosa de Littrè y Robin.

Definicion.—Es una enfermedad especial, que se caracteriza por un temblor rítmico contínuo, acompañado de debilidad muscular, y al que se asocia frecuentemente tendencia á la propulsion.

Causas.—Estas son poco conocidas, pues sólo podemos considerar como táles las emociones morales depresivas, y el frio húmedo. Tambien parece que la edad ejerce alguna influencia, pues prefiere la de 50 á 65 años. Nada hay definitivo por lo que respecta al sexo.

Anatomía patológica.—No son pocos los casos en que no hallamos lesion alguna en el cadáver; otras veces hiperemia, induracion en la parte superior de la médula, en el raquídeo y puente de Varolio: el reblandecimiento, la degeneracion grasosa que se comprueba en muchos casos, nos demuestra las fases progresivas de la esclerósis.

La parálisis agitante, siendo una afeccion del mesocéfalo, es una neurósis, y no extrañamos por lo tanto, que carezca de carácter anatómico constante é igual.

Síntomas.—El temblor es el síntoma fundamental, que empezando por las regiones superiores, se extiende á los brazos, luego á los miembros inferiores y al tronco; éste consiste en oscilaciones, que podemos decir rítmicas; y es indudable que ciertas influencias lo hacen

aumentar ó disminuir; las emociones lo agravan por lo comun; el sueño lo hace desaparecer al principio del mal, por más que llega despues un período en el que éste no puede calmar ya la agitacion temblorosa.

Las funciones de la prehension y locomocion es frecuente experimenten alteraciones notables, á causa del temblor y la debilidad.

A medida que la enfermedad avanza, tienen estos pacientes que auxiliarse de otras personas, pues su andar es vacilante, pero rápido; el cuerpo inclinado; se apoyan en la punta de los pies; y á pesar de la tendencia á la propulsion, son impelidos á correr contra el centro de gravedad.

Hagamos notar que hay en la afeccion que nos ocupa síntomas accesorios, y entre éstos se observa que la sensibilidad está disminuida al calor y al frio; que hay dolor en las partes atacadas del temblor; que cuando la terminacion funesta está próxima, hay incontinencia de orina y de heces ventrales, y amortiguamiento prematuro en las facultades generadoras, permaneciendo sin embargo íntegra la inteligencia.

Curso, duracion y terminacion.—Ocasiones hay en que se presentan momentos de remision durante el curso de la enfermedad, lo que hace que dure más ó ménos tiempo; pero casi siempre la terminacion será funesta.

Pronóstico.—Atendiendo á lo dicho, no necesitamos encarecer la gravedad que en todo caso hay que considerar en esta afeccion.

Tratamiento.—Bien se puede decir que el arte es impotente en este caso, pues se reduce á un tratamiento paliativo. Se han obtenido mejorías, ó más bien remisiones, con el uso del subcarbonato de hierro á dósis elevada, y con el de aguas bicarbonatadas sódi-

cas. Se recomiendan los baños calientes, con afusiones frias en la nuca, los sulfurosos, y áun algun medicamento como la estrignina, centeno corniculado y yoduro potásico de dudosa eficacia: por lo que hace á la electricidad, tampoco está reconocida su bondad, por más que algun autor cite casos de curacion, obtenida por medio de corrientes constantes, cuando el temblor es sólo parcial; otros consideran seguro el resultado, siempre que la galbanizacion en corrientes se dirija desde la médula á las raices nerviosas. Convengamos en que la terapéutica es impotente en el caso en cuestion, y que con el uso de aguas minerales, solamente cuando el padecimiento no está generalizado, obtendremos algun satisfactorio éxito, y entre éstas son preferibles las de Puerto Llano, Alange y Arnedillo, Cestona, Lanjaron y Marmolejo.

CAPÍTULO XXXVIII.

Corea.

Sinonimia.—Baile de San Vito.

Definicion.—Esta enfermedad convulsiva se caracteriza por una agitacion desordenada, y por falta de coordinacion y equilibrio en los movimientos de los músculos sujetos á la voluntad.

Causas.—Unas son predisponentes, y entre éstas deben citarse la impresionabilidad innata ó adquirida del sistema nervioso; es trasmisible por herencia; más comun en el sexo femenino, en la segunda denticion y en la pubertad; y bien podemos considerar como causa predisponente especial el estado de embarazo.

Hay otras causas que perteneciendo á la clase de las determinantes, podemos designar unas como psíquicas, tales son las emociones morales vivas y la irritacion; pues otras son somáticas, como la endo-pericarditis, el reumatismo articular, los vermes, la anemia, el onanismo, etc.; y segun algunos autores, rara vez la intoxicacion mercurial.

Anatomía patológica.—Si tenemos en cuenta que el corea se cura en gran número de casos, comprenderémos que ni pueden ser constantes, ni mucho ménos primitivas, las graves lesiones que llegamos á encontrar en los que sucumben de esta afeccion; prudente es considerar tales lesiones como alteraciones secundarias, pues no otra cosa deben ser las congestiones cerebro-espinales, el reblandecimiento, la esclerósis medular y alguna otra lesion profunda, únicos vestigios hallados en los casos de corea mortal.

Síntomas.—Aunque suele estallar repentinamente la enfermedad, lo general es que preceda en los pacientes un cambio en su genio y desigualdad en su carácter; que haya desórdenes ligeros en un principio en los movimientos, y que ó pasen desapercibidos, ó se atribuyan á malos hábitos ó viveza propia de ellos.

Pero presentada la enfermedad, la cara ofrece los gestos más variados; pues los ojos ruedan en sus órbitas, las cejas se elevan y deprimen, los labios se mueven en todos sentidos, la lengua entra y sale en la boca con extraordinaria rapidez; el mismo desórden hay en los brazos, pues sus movimientos son bruscos, y notable la agitacion en los dedos: la progresion es característica; unas veces se efectúa á saltos ó resbalones, y otras, despues de levantar una pierna, se camina con precipitacion. Mas no siempre el desórden es general; lo comun es se limite á la cara, á un miem-

bro ó á un lado del cuerpo. Además de la perturbacion en la movilidad, hay excitacion nerviosa; pues si unas veces lloran los pacientes á la menor emocion, otras se hacen irascibles en cuanto se les contradice; la inteligencia parece estar en completa integridad, por más que la palabra sea en ocasiones impaciente, y las respuestas tardías; el desórden nervioso se calma durante el sueño, pero no es extraño acusen cefalalgia y palpitaciones; por último, en muchos casos hay dolor á lo largo de la columna vertebral, esto es, puntos doloridos que se limitan á determinados sitios.

Las principales funciones se resienten al cabo con tanto desconcierto; la nutricion y las secreciones que no se alteran en un principio, llega el caso en que el enflaquecimiento y la anemia demuestran la perturbacion que en ellas se establece: no se afectan profundamente la respiracion y circulacion, pero alguna vez hay modificacion en el ritmo del corazon, pues late este órgano con desigualdad é irregularidad; y en las funciones cerebrales, señalarémos que la atencion y la memoria se debilitan, y la sensibilidad moral se entorpece.

Curso, duracion y terminacion.—Su marcha es crónica; suelen notarse exacerbaciones y remisiones unas veces, pero otras aumenta hasta llegar á su apogeo, permaneciendo despues estacionada, y decreciendo luego paulatinamente. Su duracion es de dos á tres meses cuando se le abandona; más consignemos que su curacion aunque parezca confirmada, nunca es completa, que de vez en cuando se presentan extremecimientos involuntarios, especie de *tics*, que no tienen otro orígen, siendo harto frecuente en esta enfermedad, las recaidas y recidivas.

El término más comun es la curacion; cuando exis-

te otro daño se agrava el padecimiento, y su fin es la muerte: la corea puede ser sintomática de alguna lesion de los centros nerviosos, y entónces su duracion es mayor y más seguro el funesto resultado.

Pronóstico.—En general es favorable; será grave cuando exista complicacion, cuando se trate del corea de las embarazadas, por predisponer al aborto ó al parto prematuro; ó bien cuando el desórden vaya en aumento, llegando á un grado terrible de intensidad; si se limita á la cara ó á un miembro, y creemos pueda ser sintomático, entónces es incurable; y si los centros nerviosos padecen siendo causa el corea, el pronóstico será mortal.

Tratamiento.—Ocasiones hay en que puede ser apreciada la causa de la enfermedad; si es la anemia, recurramos á los ferruginosos, dando la preferencia al carbonato de hierro, sin desechar por esto el cianuro y el valerianato férrico.

Si abrigamos sospecha de que puedan existir vermes, usemos los vermífugos; así como los baños sulfurosos, cuando haya antecedentes reumáticos.

Para satisfacer la indicacion morbosa, se han recomendado muchos medicamentos; los unos inocentes, los otros enérgicos y que necesitan suma prudencia para su administracion; los más de dudosa eficacia, pues no debemos olvidar que esta enfermedad cede por sí al cabo de ocho ó diez semanas, y siempre quedarémos en la incertidumbre de si ha desaparecido por la medicacion empleada.

Son usados los preparados de zinc, el óxido con más encomio, despues el sulfato, valerianato y cianuro: tambien el arsénico, y muy recomendado por Romberg, á la dósis de 5 á 6 gotas, tres veces al dia, el licor arseniacal de Fowler.

El práctico del *Hôtel Dieu* aconseja el ópio, cuya eficacia dice ser positiva, y á dósis que produzca la soñolencia ó la embriaguez; y Niemeyer cree debe prescindirse del uso de los opiados, pues ha observado que no lo soportan bien los enfermos.

No ha llegado aún á sancionar la experiencia, se obtengan buenos resultados de la administracion de la estrignina, aconsejada por Trousseau; el sulfato de anilina, preconizado por Médicos ingleses; la tintura del haba del Calabar, el uso subcutáneo del curare y otros medicamentos se hallan en igual caso.

En cambio son útiles las inhalaciones clorofórmicas; con ellas se calma la agitacion violenta que en ciertas ocasiones tienen los enfermos, y que hace peligre la vida.

Es muy reconocida la eficacia del tratamiento de esta afeccion, por las pulverizaciones etéreas y el bromuro potásico.

La galbanizacion ascendente débil, á lo largo de la espina dorsal, es indudablemente útil, como el ejercicio al aire libre, la alimentacion reparadora, los baños frios, preferentemente los de mar; y si el enfermo se encuentra amenazado de escrófulas, el uso continuado de aceite de hígado de bacalao y larga permanencia en el campo.

CAPÍTULO XXXIX.

Tétanos.

Definicion.—Es una neurósis en que hay convulsion tónica permanente, que ofrece especial rigidez, y que puede ser parcial ó general, pero afectando los músculos que se someten al dominio de la voluntad.

Causas.—Para apreciar debidamente éstas, debemos fijarnos en que el tétanos puede ser traumático y reumático; algunos admiten otra forma, que es la propia de los recien nacidos; pero toda vez que ésta se presenta tan sólo en los dias subsiguientes á la caida del cordon umbilical, puede referirse á la forma traumática, pues si la ligadura ó la seccion del cordon lo ha producido, el efecto traumático no puede ser más manifiesto.

En el mayor número de casos, debemos citar como causa del tétanos traumático, que es el más comun, las heridas, sobre todo las dilacerantes, las que interesan las articulaciones, las que desgarran los tendones y nervios, y principalmente si son inferidas en dias frios y húmedos, ó el individuo se encuentra expuesto á las vicisitudes atmosféricas.

En menor número están los casos en que se producen por un enfriamiento repentino y general; pero debemos fijar esta causa como la más frecuente del tétanos reumático; pues la supresion de la traspiracion, bien por sufrir una mojada, por beber agua fria estando acalorado, ó por dormir en tierra húmeda, son las que en primer término llegan á producirlo.

Además de lo dicho, acredita la experiencia que el hombre está más expuesto que la mujer á esta enfermedad, sobre todo en la edad adulta, así como tambien los que sean de constitucion fuerte. Bajo el cielo de los trópicos, es más comun la afeccion que estudiamos, pues en la nuestra templada, pocas veces se presenta; y hay cierta raza, la negra, que en el país tropical la adquiere con extraordinaria facilidad, cuando los europeos que llegan á habitar dicha region, en corto número son atacados. Un trabajo físico exagerado, ó una afeccion moral violenta, puede tambien ser causa de esta temible neurósis.

Anatomía patológica.—Algunas lesiones encontradas, no bastan para probar que sean exclusivas del tétanos; más natural es considerarlas como alteraciones secundarias. Autores antiguos designan ciertos desórdenes en los centros nerviosos; pero no pasan de ser lesiones accesorias, sin relacion fija con el tétanos; exceptuemos, sin embargo, una alteracion que indudablemente se presenta en el traumático, y es la inflamacion del neurilema. Lepelletier la ha demostrado, diciendo que comienza en los nervios inmediatos á las heridas ó úlceras, y se continúa hasta la médula. Investigaciones que datan de poco tiempo, explican una lesion especial en la médula, que parece ser constante; consiste en una proliferacion de células del tejido conjuntivo, que proceden ya del tejido mismo, ya de derrames plásticos; que se actúan por repetidas congestiones, esclerósis que comprimen los cordones medulares, los tubos nerviosos, los destruye y los reemplaza.

Síntomas.—Algunas veces hay pródromos, y estos son malestar general, ligera fiebre, dolor y rigidez en la parte posterior del tronco, sobre todo en la nuca. En el tétanos traumático, si estos fenómenos coinciden con modificacion en el carácter de la herida ó úlcera, sospecharémos fundadamente se presenta y desarrolla la afeccion.

Diremos que la enfermedad se confirma cuando la cabeza se dirija atrás, y se fije por la contraccion tónica de los músculos de la parte posterior del cuello; el trismo y el espasmo de la faringe que impide la deglucion, son los primeros síntomas que se manifiestan. Más tarde el espasmo se extiende á los músculos del tronco, y segun cuáles sean los invadidos, se presentará el *opistótonos*, que es el más frecuente; el *emprostótonos*,

ó el *pleurostótonos*, que es el más raro; áun lo es más que llegue á verse el *ostótonos*, esto es, que el cuerpo esté recto y rígido cual estátua. Aunque siempre tensos los músculos, hay accesos con contracciones espasmódicas, tales que las fibras musculares se rompen, los músculos permanecen duros y doloridos; y estos accesos, si bien cortos cuando la enfermedad está en un principio, duran desde un cuarto de hora hasta una hora cuando están en su apogeo, y la más ligera causa es suficiente para que se repitan, v. gr., una escasa corriente de aire, un movimiento en la cama, un choque sobre la piel, algun ruido, conato de masticar ó deglutir, y áun la idea de ello es bastante para que se repitan.

El aspecto de estos desgraciados, produce compasion y horror: contraccion simultánea en los músculos mímicos del rostro; ojos hundidos, pero fijos; cejas fruncidas y frente rugosa; labios separados, y sus comisuras hácia afuera; arcades dentarios comprimidos; ventanas de la nariz dilatadas; tal es el cuadro que demuestra el sufrimiento y dolor de que están poseidos; y para que la pena sea mayor, estos enfermos que ni pueden saciar la sed ni el hambre, sólo experimentan ligera alteracion en sus funciones, permaneciendo en completa integridad los sentidos hasta la muerte.

Pero consignemos algunas otras particuridades que abraza esta descripcion: la piel se cubre de sudor; el pulso es frecuente, pero pequeño; la temperatura con extraordinaria elevacion; Wunderlich la ha visto llegar á 44°, y despues de la muerte á 45°; las cámaras están retrasadas; el sueño falta, pero el mayor peligro está en la funcion respiratoria; ocasiones hay en que las contracciones espasmódicas de los músculos de la respiracion y del diafragma, llegan á tal grado, que

asfixian á estos pacientes; lo general es que los accesos se repitan, que las remisiones sean cortas; y estos desgraciados sucumben por intoxicacion lenta de ácido carbónico, debido á la insuficiencia de la respiracion y á la combustion exagerada; otras veces hay un acceso violento, y la interrupcion súbita de la respiracion ocasiona la asfixia; tambien puede la enfermedad prolongarse, y el hambre y la sed, poniendo á tales individuos extenuados, los conduce al marasmo, y los condena á morir.

Curso, duracion y terminacion. —Es contínuo ó remitente el curso de esta enfermedad; su duracion es variable; ocasiones hay en que el calambre se presenta en el diafragma y músculos respiratorios, y mata en pocos minutos; el tétanos tóxico y el de los recien nacidos es tambien de corta duracion, pero ésta es más larga cuando la muerte sobreviene por agotamiento y por inanicion. Por lo que hace á la terminacion del tétanos, podemos decir que la curacion es rara en el espontáneo y reumático, y más tardía en el traumático, particularmente en el de los recien nacidos. Los excepcionales casos de curacion, se anuncian por lo largo de las remisiones, por la tranquilidad que renace volviendo el sueño, y por la facilidad con que se ejecutan los movimientos: las recidivas son frecuentes; la convalecencia larga y penosa.

Pronóstico. —Atendiendo á lo acabado de manifestar, consignemos que éste es gravísimo, por ser en la inmensa mayoría de casos enfermedad mortal; los de curacion, sólo constituyen caso excepcional, que por raro merece mencionarse.

Tratamiento. —A más de los recursos que aconseja la cirugía, muchos de ellos de gran importancia para combatir el tétanos traumático, es indispensable valer-

se de ciertos medios, que tienen aplicacion en éste y en el reumático, como tambien en la forma especial propia de los recien nacidos. Hagamos abstraccion del gran valor de los baños calientes y mejor de vapor, para combatir el tétanos reumático; pues jugando el frio como causa principal de él, el efecto de los baños ha de ser sumamente provechoso, que no sólo obran por el sudor, sino por la modificacion que producen en la excitabilidad nerviosa; de aquí que se recomienden varias veces en el trascurso del dia.

Pero además de lo dicho, que corresponde á la indicacion causal, es necesario llenar la patogénica, subyugando la excitabilidad motriz del aparato espinal; desechemos sin comentarios la práctica de nuestros antepasados, de recurrir á sangrías generales y locales, más al calomelanos, hasta producir la salivacion, para combatir la enfermedad que describimos; y aunque no poseamos medios curativos, aconsejemos lo que acredita la razon y la experiencia.

El ópio y sus preparados presta buenos servicios á pequeñas dósis y repetidas, suspendiendo su accion cuando los dolores disminuyan, y las remisiones se prolonguen: si el paciente no puede tragar, recurramos al láudano en enemas, y á las inyecciones hipodérmicas con morfina. Los anestésicos están indicados, las insuflaciones etéreas y las inhalaciones clorofórmicas dan buen resultado, por más que su efecto sólo sea paliativo, pues no podemos abusar, manteniendo al enfermo cloroformizado largo tiempo.

Necesita comprobarse la eficacia del alcohol, haba del Calabar y la galbanizacion de la médula; medios propuestos y por algunos considerados muy eficaces.

Diremos para terminar que el curare, disuelto en agua en inyeccion subcutánea, es recomendado con

gran prudencia. Demme aconseja de 1 á 2 granos, en 100 gotas de agua, para inyectar cada vez 10 gotas, suspendiendo el medicamento en cuanto se note alivio, y volviendo á él con oportunidad; creemos, sin embargo, que aún no se ha empleado lo conveniente para encarecer su decantada eficacia.

CUADROS SINÓPTICOS DEL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.

MENINGITIS AGUDA.	FIEBRE TIFOIDEA.
Se presenta cefalalgia violenta y contínua.	Es ménos contínua y violenta la cefalalgia.
Los vómitos son persistentes y frecuentes.	Cuando los hay, son poco duraderos.
Extreñimiento pertinaz.	Diarrea más ó ménos abundante.
Se presenta el vientre indolente; por lo comun natural; alguna vez suele estar retraido.	Hay tension dolorosa del vientre con meteorismo.
No hay epistaxis prodrómica.	Es frecuente la epistaxis al principio.
El bazo no experimenta alteracion alguna notable.	Hay tumefaccion del bazo.

MENINGITIS AGUDA.	MENINGITIS TUBERCULOSA.
No hay síntomas antecedentes.	Hay síntomas antecedentes de tubérculos.
Empieza la enfermedad con síntomas violentos y bien característicos.	Son ménos marcados los síntomas, dudosos, y se presentan con lentitud.
Desde el principio es fuerte el delirio, la cefalalgia, la inyeccion del rostro, la fotofobia, etc., y son frecuentes los vómitos.	Las más veces es tranquilo el delirio y faltan los síntomas de excitacion, sobre todo al principio; los vómitos son más raros.
Se presenta el pulso fuerte y acelerado.	No sólo es el pulso lento, sino irregular.
Es contínua la marcha de la afeccion, sin marcarse remision notable.	Si bien el curso es contínuo, es comun haya marcada remision.
En algunos casos, al principio convulsiones.	No las hay.
Es corta la duracion de la enfermedad.	Siempre es la duracion mucho más larga.

MENINGITIS ESPINAL.	NEURALGIA DORSO-INTERCOSTAL.
Dolor vivo á la presion en el espinazo, sobre la apófisis de este nombre, está limitado.	El dolor se aumenta poco á la presion, es ménos extenso, y sólo ocupa algunos espacios intercostales, irradiándose por los mismos.
Generalmente ocupa gran extension en el raquis, irradiándose á diversos puntos.	—
Se presentan contracturas, convulsiones y otros síntomas tan importantes, que no dejan duda de la afeccion espinal.	No hay convulsiones, contracturas ni otros síntomas que revelen lesion cerebro-espinal.

REBLANDECIMIENTO MEDULAR.	NEURALGIA DORSO-INTERCOSTAL.
En ambos lados se fija el dolor, siendo igual su intensidad.	Dolor sólo en un lado, y cuando es doble, tiene más intensidad casi siempre en el izquierdo.
El dolor aumenta por la presion sólo en las apófisis espinosas.	Este dolor aumenta por la presion en los puntos indicados.

ATAXIA LOCOMOTRIZ.	LESIONES CEREBELOSAS.	LESIONES CEREBRALES.
Empieza por dolores en la médula, y lo comun en la region dorsal.	No hay dolor medular, pero sí cefalalgia occipital.	Cefalalgia general.
Hay desórdenes en los miembros inferiores primero, y luego suele haberlos en los superiores.	En ambos miembros se presentan los desórdenes por lo comun.	Tanto en los miembros superiores como en los inferiores, se inician los trastornos de motilidad y sensibilidad.
Se nota trepidacion en la marcha, como queda indicado.	La trepidacion es en todo el cuerpo, y le acompañan vértigos.	Hay excitacion de los músculos voluntarios, seguida de parálisis.
Integridad del conocimiento.	Alucinaciones ligeras.	Los trastornos intelectuales son más ó ménos notables.

NEURALGIA DORSO-INTERCOSTAL.	PLEURESÍA SECA.	PLEURODINIA.
La respiracion suele ser algo dolorosa, pero más comunmente libre.	Existe dolorosa disnea.	La respiracion es libre.
Por la auscultacion, estado normal.	Por la auscultacion, roce pleurítico.	Carencia de signos estetoscópicos.
A no ser que haya complicacion, ni hay fiebre, ni tos.	Existe tos y fiebre.	Rara vez ligero movimiento febril.
Se presentan puntos dolorosos circunscritos.	El dolor pleurítico no es tan circunscrito, y es único.	El punto dolorido ocupa más extension, marcando la direccion y sitio de los músculos.
Aumenta el dolor por la presion; es ménos vivo en los movimientos.	Es el dolor lancinante y se gradúa con la respiracion, tos y áun con los movimientos.	Disminuye el dolor á la presion; se exacerba extraordinariamente con los movimientos.
Los puntos doloridos están más ó ménos separados.	Siempre ocupa el mismo lugar.	Ocupa un músculo ó region determinada.

NEURALGIA CIÁTICA.

El dolor lo acusa el enfermo á lo largo del nervio, en el miembro correspondiente: su carácter contínuo, sordo, con marcadas punzádas y vivo, que se exacerba con la progresion y movimientos.

No se presenta rigidez.

No se quita la seguridad en los movimientos, aunque haya semiparálisis.

Como no haya complicacion, la orina se excreta bien, y la defecacion es normal.

PARAPLEGIA.

Es el dolor vago en la parte media de los miembros y en la planta de los pies; la sensacion es de hormigueo, ménos vivo que en la neuralgia, y que poco ó nada aumenta con la progresion y movimientos.

En determinados períodos, hay en los miembros rigidez muscular.

En los miembros inferiores no hay fijeza ni seguridad; hay flacidez y parálisis.

Hay más ó ménos dificultad para orinar y defecar.

NEURALGIA CIÁTICA.	REUMATISMO MUSCULAR.
Dolor vivo si el individuo se pone de pie ó pretende andar.	Al entrar en contraccion los músculos enfermos, el dolor es agudo,
En el trayecto del nervio, la presion es bastante dolorosa.	Si bien se exaspera el dolor á la presion, no es en el trayecto del nervio, sino en una extension bastante considerable.
Cuando el dolor se provoca espontáneamente, sigue el trayecto del nervio.	En este caso son punzadas las que se presentan, sin seguir rumbo determinado.

EPILEPSIA.	HISTERISMO.
Ataca á los dos sexos, con preferencia á la mujer.	Rarísimo en el hombre; es casi exclusivo del sexo femenino.
Frecuentemente el padecimiento es congénito.	Casi siempre aparece al aproximarse la época de la pubertad.
Se produce por conmociones bruscas, ó por lesiones del encéfalo.	Las conmociones afectivas, ó los disturbios orgánicos del sistema genital, lo ocasionan.
Es poco notable la influencia en el período mensual.	Es manifiesto su influjo en los períodos menstruales.
Es nociva la union sexual.	Es favorable dicha union.
No hay pródromos, ó son muy inmediatos.	Los pródromos son constantes, aunque sean más ó ménos lejanos.
El acceso convulsivo aparece de pronto, sin que tengan los enfermos conciencia de sí mismos, cayendo como heridos del rayo.	Tienen conciencia de lo que les va á pasar, y tiempo bastante para prepararse y no hacerse daño.
No se presenta fenómeno alguno que tenga relacion con el globo histérico.	El acceso va precedido ó acompañado de globo histérico.
Hay al caer, un sólo grito.	Gritos quejumbrosos, más bien al fin del ataque.
La convulsion es tónica.	Rara vez tiene esa forma.
Coma estertoroso.	Ligero es el coma.

El acceso es de corta duracion, y al recobrar sus facultades lo hacen sin fenómeno alguno.

Rostro lívido; saliva espumosa siempre, á ménos que el acceso sea muy corto.

Despues del acceso suele presentarse sueño pesado, estado comatoso; y si la enfermedad se prolonga, la memoria se debilita, las facultades intelectuales se alteran, y puede conducir este estado á la demencia.

No se presenta la epilepsia sin accesos.

Al reconocer un epiléptico, encontrarémos mordeduras en la lengua, y cicatrices en diferentes regiones.

El ataque es más largo, y al salir de él bostezan, rien, lloran, etc.

Apénas alterada la fisonomía, y rara vez saliva espumosa.

Pasado el acceso, si bien la inteligencia recobra su imperio, puede haber perversion ó exaltacion que conduzca á la manía, pues quedan abatidos, tristes, melancólicos, pero nunca terminan por dementes.

El histerismo puede presentarse sin ellos.

No existen semejantes señales.

SECCION NOVENA.

Enfermedades generalizadas.

CAPÍTULO I.

Poliemia.

Sinonimia.—Plétora.

Definicion.—Se conoce bajo el nombre de plétora ó poliemia, un estado particular de la sangre, que se caracteriza anatómicamente por un exceso en el número de los glóbulos rojos del líquido sanguíneo.

Génesis y etiología.—Por mucho tiempo se creyó que esta enfermedad era el resultado del aumento de la fibrina en la sangre; y hasta se afirmaba que no sólo lo constituia este aumento, sino que tambien era debido á un exceso en todos los compuestos de dicho líquido; pero análisis repetidos por eminentes prácticos y especialmente por Andral, han esclarecido la génesis de este afecto. Así, pues, resulta que se halla caracterizado por una cantidad excesiva en los glóbulos, estando los demás elementos del líquido hemático en su proporcion fisiológica.

Este aumento se produce con preferencia en la edad adulta y en la vejez, siendo muy rara la plétora en el niño: respecto al sexo, el más atacado es el masculino; la mujer la padece mucho ménos, pero fuera del estado de gestacion, en el cual se observa con gran frecuencia.

Como causas predisponentes, se citan el temperamento robusto, la constitucion atlética, sobre todo si los individuos son de baja estatura; la vida sedentaria, el poco ejercicio, etc.; no faltando casos en que se ha visto aparecer en individuos del todo opuestos, pudiéndose explicar entónces esta anomalía por una perversion en la asimilitud orgánica.

Entre las ocasionales, figuran en primera línea todas las que contribuyen á aumentar exageradamente el movimiento nutritivo; así como las que disminuyan el gasto orgánico, ó ambas á la vez; por tanto, tendremos que la alimentacion en gran cantidad, especialmente la producida por el primer reino de la naturaleza, el abuso de los vinos espirituosos excitantes, el café, té, mostaza, etc., producen tal desquilibrio.

Si estas causas obran en individuos que se hallan comprendidos en las predisponentes, con más facilidad se presentará esta entidad patológica.

Otro tanto suele acontecer á aquellas personas que padeciendo habitualmente un flujo ó evacuacion sanguínea, hemorroides, epistaxis, metrorragia, etc., de repente, por cualquier causa, queda suprimido; lo mismo puede obrar el hábito que tienen muchos de sangrarse á menudo.

Síntomas.—El afecto que nos ocupa jamás invade de repente, sino que por el contrario, está caracterizado por la invasion paulatina; el desarrollo con que se manifiesta es lento, y tanto es así, que los individuos

atacados están al principio más vigorosos que de ordinario, se encuentran ágiles, respiran con más facilidad, tienen mejor apetito y una actividad funcional que les halaga; pero este período es efímero; casi sin darse cuenta el paciente se cambia la escena, y á esta actividad se sigue un estado diametralmente opuesto.

No tardan en tener aversion á los movimientos, poco apetito, dificultad en las digestiones, soñolencia y ligero aturdimiento.

La cara está inyectada, los ojos brillantes, hay fotofobia; los objetos les parecen rojos; pesadez de cabeza y zumbido de oidos.

Disminuye el apetito hasta la pérdida completa de él; existe constipacion pertinaz y dolores en la region epigástrica.

La respiracion se hace con lentitud y dificultad, acusando gran peso y calor en el tórax.

El pulso es grande y dilatado; late con lentitud y fuerza, pero se le deprime fácilmente.

Curso, duracion y terminacion.—Gradual y contínua es la marcha de la plétora; la duracion debe decirse que es ilimitada; respecto á la terminacion, puede llegar á ser mortal por las complicaciones.

Diagnóstico.—Véase el cuadro que le corresponde en esta seccion.

Pronóstico.—Esta enfermedad por sí no tiene gravedad; pero como quiera que á menudo da lugar á flegmasias graves de órganos importantes, de aquí que sea muy reservado.

Tratamiento.—Si nos hallamos al frente de esta enfermedad en su primer período, nada más sencillo que el plan que debemos seguir. Búsquese la causa entre las mencionadas al principio, y raro será no encontremos alguna que obre directa ó indirectamente;

entónces se le señalará un régimen higiénico severo, sobriedad en las comidas, ejercicios activos, poco descanso; proscripcion absoluta de sustancias excitantes, habitar en lugares calientes, etc., etc., y unir á esto si se cree oportuno, bebidas atemperantes y baños generales templados.

Si, por el contrario, las alteraciones del líquido sanguíneo han tomado mayores proporciones, y observamos el cuadro de síntomas últimamente descrito, entónces no basta lo expuesto; debe emplearse, sí, pero hay necesidad de obrar con más energía; la medicacion será activa.

Fácilmente se deduce que los antiflogísticos ocuparán el primer lugar. La sangría general ó local cuando se juzgue necesaria, bien estudiadas las condiciones del individuo; los baños generales templados de larga duracion; la dieta absoluta; las bebidas acuosas abundantes; las pociones antiflogísticas, compuestas de digital, árnica, nitrato de potasa y acónito, y los purgantes repetidos, pertenecen á tal medicacion.

Por último, si la causa ha sido la supresion de un flujo hemorroidal ó uterino, la aplicacion de algunas sanguijuelas al punto donde se verificaba el derrame, da inmejorables resultados.

CAPÍTULO II.

Anemia.

Definicion.—Entiéndese por tal entidad patológica, la disminucion en la cantidad del líquido sanguíneo.

Génesis y etiología.—A poco que nos detengamos

sobre el estudio que nos va á ocupar, resalta á primera vista la inexactitud de la definicion que damos á la anemia; pues fácilmente se comprende, fijándose en la etimología, que el verdadero estado que representa es incompatible con la vida; por lo tanto, téngase presente su poco valor etimológico, evitando confusiones que debieran estar desterradas, para mayor facilidad en su estudio.

La génesis, el carácter constante de esta afeccion, es la falta mayor ó menor de sangre en el torrente circulatorio, la que es producida por innumerables causas.

El estudio á que nos referimos, debe considerarse hoy segun los modernos conocimientos, no como una enfermedad, sino como un síntoma; y si nosotros la describimos como tal, es para darle mayor extension, por la importancia que indudablemente tiene.

Figuran en primera línea las hemorragias, ya sean debidas á heridas ó sangrías repetidas; flujos sanguíneos, como epistaxis, metrorragias, etc.; las fatigas, la falta de alimentacion, la gestacion, la lactancia prolongada, las diatesis en general, y en una palabra, todas las que tienden á debilitar las funciones del organismo y que dan lugar á alteraciones en el líquido sanguíneo, aunque no siempre estas causas producen la afeccion de que tratamos, pues en muchos casos originan otras muy distintas, tales como la clórosis y la hidrohemia, compañera casi inseparable de ésta.

Todas las causas obran con más prontitud y energía en el sexo femenino que en el masculino; y la edad en que se presenta comunmente es en la pubertad, y en la época de la menospausia.

Anatomía patológica.—Hallarémos las principales alteraciones en el líquido sanguíneo; así es que debemos fijarnos en él primordialmente.

Éste ha disminuido en su masa, disminucion muy variable, segun la violencia de la causa que la origina, y su duracion; su color es claro, ligeramente teñido de rosa; su densidad es tan escasa, que apénas puede formar coágulo, teniendo éste un color lactericio; el suero está aumentado y de color muy transparente, no ofreciendo el color amarillento del estado normal.

Las sales todas, y en particular el hierro, están igualmente disminuidas, lo que explica la coloracion tan débil que tiene.

El aparato circulatorio nos ofrece lesiones de marcado interés: el corazon, cuando la afeccion tiene poco tiempo, está descolorido únicamente; pero cuando se prolonga, llega á perder hasta su consistencia; encuéntranse pequeños coágulos en sus cavidades, de poca cohesion, y algunos casi sin fibrina.

Los vasos participan de la misma alteracion; están exangües, y el poco líquido sanguíneo que contienen, ofrece los caractéres que dejamos descritos.

Los pulmones disminuyen de volúmen, y los hallamos blandos y pálidos; su tejido se halla sano.

El tubo digestivo se ve tambien descolorido; alteracion que tienen igualmente todas las mucosas.

Por último, pueden encontrarse en su período más avanzado, derrames serosos en el cerebro, pleura, cavidad abdominal, é infiltraciones en el tejido celular.

Síntomas.—El que primero se nos manifiesta exteriormente es la palidez del rostro; color que se puede comparar con el de la cera blanca algo antigua, contrastando en algunas regiones con un tinte azulado, que se presenta en las venas que serpean debajo de la piel.

La cara está abotagada, lo mismo que las extremidades inferiores; la conjuntiva y la mucosa bucal, tienen el color pálido que ántes dijimos.

La temperatura desciende de la normal, y, por lo tanto, los enfermos sienten una sensacion de frio.

Los síntomas del aparato digestivo merecen nuestra atencion, pues siempre se nos manifiestan desde los primeros momentos; así vemos falta de apetito, dificultad en las digestiones, y tambien repugnancia á toda clase de alimentos, lo que hace tomar mayor vuelo á la enfermedad; puede observarse el vómito, pero sucede cuando los trastornos nerviosos son algo intensos; por último, tienen los enfermos una pertinaz astriccion.

El aparato respiratorio tambien padece, existiendo disnea á cualquier esfuerzo que hacen los enfermos, por insignificante que sea.

El circulatorio es el que tiene síntomas, como dejamos expuesto, más importantes.

El corazon late con velocidad al principio, pero no tarda en debilitarse; se altera su ritmo normal y se hacen las pulsaciones irregulares é intermitentes; á menudo sienten palpitaciones que le molestan en demasía, y van seguidas en ocasiones de síncopes. El pulso es débil y pequeño, pudiéndose notar en los grandes vasos la poca impulsion del corazon, pues apénas levanta el dedo la tension sanguínea de la arteria.

Por la auscultacion, percibimos el ruido de fuelle, tanto en el órgano central como en las arterias voluminosas.

En el aparato nervioso, por último, existen trastornos dignos de estudio.

Hallamos convulsiones, síncopes; neuralgias, particularmente en la cabeza, vientre y extremidades; dejándose sentir su influencia asimismo en el aparato genital de la mujer, la que á menudo sufre alteraciones en la menstruacion muy dolorosas.

Avanzando más y más la enfermedad, no es raro ver las hidropesías en la pleura, cerebro, tejido celular, etcétera, y todos los síntomas concomitantes á estas alteraciones hemáticas.

Curso, duracion y terminacion. — Varía segun la causa que la haya ocasionado; una hemorragia la hace aparecer de repente, así como tiene una marcha progresiva y lenta, cuando es producida por los malos alimentos y demás causas debilitantes. Su duracion tambien puede variar en el mismo sentido que varía su curso; la terminacion puede juzgarse por la salud y áun por la muerte; el primer caso lo tendremos siempre que dependa de causas fáciles de quitar; pero será la terminacion fatal, cuando sea una enfermedad orgánica la que la haya engendrado.

Diagnóstico. — Fácil y no puede equivocarse con ninguna otra afeccion; y si alguna vez se confunde con las afecciones cardiacas, es por no hacer un exámen prolijo.

Pronóstico. — Dedúcese de lo expuesto en el curso y la terminacion, cuál será el que debamos formular, teniendo para ello en cuenta, áun en los casos más leves, las frecuentes recidivas.

Tratamiento. — Como en capítulo subsiguiente estudiamos la clórosis, enfermedad que tiene bastante analogía con la que nos viene ocupando, allí consignarémos todo lo que pueda interesar, para dar término al estudio de la entidad que hemos expuesto.

CAPÍTULO III.

Clórosis.

DEFINICION.—Denomínase así una enfermedad general, caracterizada anatómicamente por una disminucion de los glóbulos sanguíneos, y además por descoloracion de los tejidos, y por trastornos de nutricion é innervacion.

GÉNESIS Y ETIOLOGÍA.—La formacion poco activa, con relacion á las pérdidas del organismo, de los glóbulos de la sangre, es la condicion constante de la clórosis, pudiéndose decir lo mismo del gasto exagerado de ellos.

Agrupemos las causas que den por resultado final estas dos condiciones, y tendremos las de la afeccion, objeto de este capítulo.

Enfermedad que algunos autores quieren sea exclusiva de la mujer; si bien en ella es comun, no puede negarse hoy su presencia en el hombre; casi siempre en la pubertad es cuando invade con mayor frecuencia, deduciéndose fácilmente por el trastorno profundo que en esta época experimenta la vida de la mujer: figuran tambien como causas, todos los desarreglos menstruales, pero podemos decir que más bien éstos sean sintomáticos de la clórosis; en las grandes capitales manufactureras, se padece mucho más á menudo que en las pequeñas; la gestacion, la lactancia prolongada, son causas muy abonadas, así como todas aquellas que directamente obren sobre la nutricion, viéndose aparecer en aquellos individuos que se alimentan

mal, están sujetos á pasiones de ánimo deprimentes, abusan de los placeres de la Venus, etc., etc.

Anatomía patológica.—Resulta del análisis de la sangre de las cloróticas, una disminucion notable de los glóbulos de la misma, aunque esta disminucion no pueda ser numérica; más claro, en los que padecen esta afeccion, pueden existir casi la misma cantidad de glóbulos que en el estado sano; pero como dice Jaccoud, los que existen en el torrente circulatorio, están profundamente alterados; así vemos que la sustancia colorante en ellos ha disminuido, esto es, la hemoglobulina; su peso específico es mucho menor; esto prueba fácilmente tambien la escasez del hierro en la sangre, que segun muchos, llega á disminuir hasta la mitad.

Las demás partes del organismo sufren alteraciones despues de algun tiempo; pero es fácil en su estudio confundirlas con las de alguna afeccion que sobrevenga durante el curso de esta enfermedad.

Síntomas.—El nombre de esta afeccion nos enseña el primer síntoma con que por lo regular se manifiesta la palidez amarillo-verdosa de la piel, y descoloracion de la mucosa, síntoma debido á la falta de hemoglobulina, palidez que aparece más intensa en la cara y en las orejas.

Las enfermas están débiles, tienen una flojedad constante, se fatigan algunas áun ántes de hacer cualquier esfuerzo, sienten palpitaciones.

El aparato digestivo y sus anexos están tambien afectados, presentando á intervalos vómitos, náuseas constantes, dispepsias y demás accidentes; en una palabra, todos los signos que prueban que los órganos de nutricion y de reparacion están interesados; de aquí que veamos sobrevenir una emaciacion general, y las fuerzas disminuyan poco á poco.

El equilibrio de la circulacion está destruido, y es causa de que haya disturbios en el aparato circulatorio.

Las palpitaciones tienen su asiento en el órgano principal de este sistema, las que llegan en ocasiones á ser muy violentas.

La auscultacion hace percibir ruidos de *fuelle,* tanto en el corazon como en los grandes vasos; nótase á veces en estos conductos vasculares un *retemblido catario.*

El pulso está ancho y blando, en ocasiones irregular ó intermitente, y áun dícroto.

La percusion no nos demuestra alteracion alguna; todo lo hallamos en el estado fisiológico.

La calorificacion ni aumenta ni disminuye, por lo tanto no hay fiebre.

El sistema nervioso es tambien asiento de trastornos, empezando por las modificaciones del carácter, que consisten en melancolía, tristeza, irascibilidad, etc.

Las neuralgias hacen sufrir mucho á estas desgraciadas, tomando por sitio de eleccion la cabeza (jaqueca), la cara, el abdómen, el útero, etc.

Cuando el sistema nervioso se desencadena de una manera sorprendente, es cuando sobreviene en el curso de esta entidad un estado histérico.

Las funciones genitales sufren de la misma manera los efectos de esta discrasia, hallándose trastornos menstruales, tales como amenorrea, dismenorrea, menorragia, leucorrea, etc.

Puede observarse en las cloróticas, si bien no con tanta frecuencia como en las anémicas, edema de las extremidades inferiores, y áun derrames generalizados.

Curso, duracion y terminacion.—El primero es contínuo, apareciendo muchas veces de repente por una causa brusca; la duracion es larga, y muy frecuentes las recidivas; su terminacion es en la mayoría de los

casos por la curacion; pero los ejemplos de un fatal término no son tampoco raros, pues la tísis pulmonar pone fin á los sufrimientos de las cloróticas, en no pocas ocasiones.

Diagnóstico.—No es difícil si se hace un análisis de la sangre, y se estudia bien la edad, el sexo, el conmemorativo, y marcha de la enfermedad, pues así venceremos las dificultades que puedan ofrecerse, y que consisten en distinguir bien la clórosis de la diatesis tuberculosa latente en su principio, de la leucocitemia, y de ciertas lesiones orgánicas del corazon.

Pronóstico.—Deberá hacerse segun los casos, teniendo para ello presente lo que dijimos de la terminacion; pero ordinariamente es reservado, por la gravedad que tienen los desórdenes que ocasiona, por lo frecuente de las recidivas, y por la inminencia morbosa en que esta enfermedad coloca á no pocas jóvenes.

Tratamiento.—En el hierro y sus preparados tenemos los mejores medios para combatir victoriosamente la enfermedad; sin embargo, no es tan fácil tratar esta afeccion, como algunos á primera vista creen.

No nos detenemos á enumerar las indicaciones y contraindicaciones del primero y más eficaz de los medicamentos tónicos reconstituyentes; nos basta remitir al lector á cuanto sobre este particular ha consignado Trousseau; pero sí diremos que algunos síntomas comunes en la clórosis, exigen el empleo de preparaciones marciales: la dispepsia combátase con los amargos, dando la preferencia á la genciana; el extreñimiento trátese por el ruibarbo y el aloe; los baños sulfurosos y alcalinos por la accion que ejercen sobre la piel, prestan gran resultado, no influyendo poco el cambio de lugar y la distraccion, tan útil para las cloróticas. Las aguas ferruginosas son de provecho tan reconocido, que se acon-

sejarán de distinta composicion, segun el grupo de síntomas que en la enfermedad reluzca; así es que si sobresalen accidentes neuropáticos, las aguas sedativas poco mineralizadas; si los fenómenos se refieren al aparato digestivo, las ferruginosas alcalinas serán útiles, si el predominio es dispépsico; pero si la clórosis está por algun vínculo ligada al escrofulismo, linfatismo ó reumatismo, las sulfuradas y las cloruradas tendrán utilísima aplicacion. Mencionemos entre las primeras las de Montemayor y Fítero; entre las segundas las de Marmolejo, Graena y algunos manantiales de Lanjaron; y recomendemos entre las últimas, las de Fuencaliente, Chiclana, Alhama de Aragon, etc.

Los baños de mar en general son útiles, por combatir la clórosis; y siempre sacarémos buen partido de someter á las cloróticas á una alimentacion tónica, en que juegue el principal papel el uso de carnes y demás alimentos reparadores.

CAPÍTULO IV.

Leucocitemia.

Sinonimia.—Leucemia.

Definicion.—Se conoce bajo el nombre de leucocitemia, el aumento morboso de glóbulos blancos en el círculo sanguíneo.

La leucocitemia puede y debe dividirse en tres categorías:

1.ª Aumento de glóbulos blancos, que dependen de alteraciones discrásicas en el líquido hemático, á consecuencia de un trastorno acaecido en este mismo

líquido, por introduccion de sustancias capaces de determinarlas, por ejemplo: fiebre tifoidea, tífus, miasma malárico, ciertos venenos, etc.: cuando esto acontece, se conoce la alteracion con el epíteto de *leucocitosis*.

La leucocitemia, pudiendo ser dependiente de mayor vitalidad en los reservorios conjuntivos, se brinda á ofrecer las otras dos divisiones.

2.ª Leucocitemia dependiente del bazo, *leucocitemia esplénica*.

3.ª Leucocitemia dependiente del sistema linfático, *leucocitemia ganglionar*.

Génesis y etiología.—La leucemia, por lo expuesto, comprende las determinaciones morbosas que pueden producirlas, y las condiciones que pueden predisponer su evolucion; así es que las causas se dividen en predisponentes y ocasionales; son las primeras, el temperamento linfático, la mala alimentacion, el escrofulismo, el hombre más que la mujer, los excesos venéreos, la convalecencia de ciertas afecciones; las causas ocasionales, serán la introduccion en el líquido hemático de ciertos elementos, como el determinante de la fiebre tifoidea, malaria, etc.

Las alteraciones del bazo que se observan, ya de un modo primitivo, ya respondiendo á su caquexia; el predominio del sistema ganglionar, la proliferacion abundante de tejido conjuntivo, ya sea como la observada por Meursick en 1868, que se desarrolló espontáneamente en un amputado afecto de osteomielitis, ó las sostenidas por Virchow, Rockitanscky y otros, la conoce el Práctico de Lariboisiere con el nombre de *leucocitemia intestinal*.

Si ahora desflorásemos siquiera el mecanismo íntimo de la produccion de la leucocitemia, olvidariamos el carácter fundamental de este tratado.

Que el leucocito esté aumentado en el líquido sanguíneo, es una cuestion muy debatida no sólo en patología, sino en la fisiología más trascendental; hay que ver al líquido hemático preso por un elemento destructor de hematíes; hay que ver al tejido esplénico proliferarse y enviar corpúsculos conjuntivos, que movilizándose y afectando una marcha especial, traspasen las barreras del círculo sanguíneo, é invadan á este torrente, convertidos en leucocitos.

Hay tambien que ver al sistema ganglionar afectar igual trastorno, dando resultados análogos; hay, por último, que fijar la atencion en una porcion de tejido conjuntivo, que sufriendo un aumento de vitalidad prolífera, sus corpúsculos los envía á que vayan á provocar la alteracion en cuestion.

Anatomía patológica.—Lo primero que debe fijar la atencion del observador, es la manera como se encuentra perturbada la sangre: uno por 335 es la proporcion hasta hoy admitida, que existe como término medio entre el leucocito y el hematíes; esta proporcion sufre distintas oscilaciones; pero la verdad es que en la leucocitemia es donde se encuentra variacion de dicha cifra, digna de notarse.

Podemos sentar como base general, que en los estados leucémicos ligeros, la proporcion es de un leucocito por diez y nueve glóbulos rojos, y en las leucemias de más interés, la alteracion consiste en la proporcion de un leucocito por seis ó cuatro glóbulos rojos.

El aspecto del líquido hemático, se comprende cual sea; afecta el extraido de la vena una capa amarilla, y si se desfibrina, entónces toma la capa superior un tinte lechoso, debido á la aglomeracion de corpúsculos blancos, los que, sometidos á una escrupulosa y minuciosa observacion, pueden determinarse cuantitativa

y cualitativamente, dando una luz más para el proceso que nos ocupa.

Aconsejamos que se lea el precioso artículo que sobre esto nos da el Práctico de los hospitales, exponiendo de una manera precisa los experimentos de E. Vidal, que con tanto tino, acierto y precision ha recogido útiles datos que ilustran sobremanera el punto que nos ocupa.

Existen además otras alteraciones, dignas de mencionarse, en los distintos órganos principales del organismo, sobre todo en los de naturaleza citógena. El bazo casi siempre se encuentra aumentado de volúmen, llegando á pesar de 6 á 9 libras en muchos casos; hay un aumento de su pulpa muy considerable, por multiplicacion de sus elementos normales, estando engrosada sus trabéculas y la cápsula.

Los ganglios linfáticos, en la mayoría de casos, cuentan mayor grosor, á consecuencia de la multiplicacion de sus elementos.

El hígado se encuentra algunas veces, así como las glándulas intestinales, mesenterio, etc., con aumento de tejido conjuntivo; por último, se puede decir que en casi todas las vísceras de importancia hay focos congestivos, de carácter pasivo; como tambien derrames serosos en las cavidades y tejido celular, flojo en la última etapa del mencionado proceso.

Síntomas.—Podemos dividir la afeccion en tres períodos: de iniciacion, de estado, y terminal.

El primero presenta síntomas generales muy vagos, confundiéndose en no pocos casos con la caquexia palúdica, la escrofulosis, la anemia, etc., no comprobándose la alteracion sino por un minucioso exámen del bazo ó ganglios linfáticos, si es que aparecen en primera línea los desórdenes de dichos órganos, quedando

sólo en el caso contrario el análisis de la sangre; cosa que al par de ser difícil por su minuciosidad, se hace siempre tarde por la poca seguridad que nos brindan los fenómenos generales.

El segundo período ya se caracteriza mejor; no mencionemos el cuadro sintomático general, que tiene de comun con la anemia; fijémonos sólo en los fenómenos que nos llevan al diagnóstico; además del análisis hemático, signo único de certeza, la manera de ser del enfermo nos dice mucho; es apático en exceso, habiendo una depresion moral de mucho interés semiótico; si la leucemia es esplénica, encontramos tumefaccion del bazo, que algunas veces traspasa hasta tal punto sus límites normales, que forma un tumor considerable, el cual casi llega á la cresta iliaca; si la leucemia es ganglionar, encontramos infartos en los ganglios superficiales y profundos del cuello, áxila é ingles, que nos pueden, si no consultamos los datos anamnésticos, conducir por un sendero torcido.

Existen alteraciones de la orina, disminucion de urea muy considerable, y aumento de ácido úrico y uratos; hay hipoxantina y ácido hippúrico, y áun á veces éste reemplazado por ácido benzóico: todo ello demuestra el mal estado de la nutricion.

En el período que nos ocupa, casi siempre acusan los enfermos astriccion de vientre exagerada.

Finalmente, á la mitad del período de estado, empiezan á sucederse accesos febriles de tipo vário.

El tercer período de terminacion ó marasmótico, se caracteriza por la consuncion á que nos ha traido la evolucion leucémica, seguida de diarrea considerable, derrames serosos, sobre todo en la cavidad abdominal, edema en las extremidades inferiores, y accesos de fiebre que tendiendo á hacerse contínua, y oscilando entre

40 y 41°, acaban de destruir el poco sosten con que contaba el organismo.

Curso, duracion y terminacion.—El curso es contínuo, si bien se halla interrumpido por detencion del proceso y áun por mejoría de él; la duracion es de meses y años, y la terminacion es la muerte.

Pronóstico.—Fatal, como se desprende de lo dicho.

Diagnóstico.—Véanse los cuadros finales.

Tratamiento.—Poco ó nada tenemos que decir de él, porque la intervencion terapéutica es inapta para combatir la afeccion que nos ocupa; sin embargo, diremos que la leucocitosis sintomática está algo en mejores condiciones para que la tratemos, atacando sus causas productoras.

Con respecto á la leucemia esplénica y ganglionar, sólo aconseja la terapéutica como medio paliativo, el hierro, la quina, y el yoduro de potasio al interior; las pomadas yoduradas al bazo y ganglios, alimentacion reparadora, vino, ejercicio, y cubrir las indicaciones parciales que se presentan en el curso de esta afeccion.

No nos ocupamos en un capítulo especial de la hidrohemia, por formar parte, en la mayoría de casos, de diversos cuadros de síntomas; éstos quedan mencionados de antemano, y dan luz suficiente para poder apreciar tal discrasia. Se caracteriza por el aumento de la parte líquida de la sangre, anomalía producida por las mismas causas que la anemia y la clórosis; es decir, por todas las que ocasionen el desquilibrio en la cantidad de sangre; estado morboso que hace sufrir profundamente, y motiva trastornos de nutricion y áun de innervacion, que dejan á veces honda huella en el organismo.

CAPÍTULO V.

Melanhemia.

DEFINICION.—Es una discrasia producida por la metamorfosis que sufre la sustancia colorante de la sangre en melanina.

GÉNESIS Y ETIOLOGÍA.—En el estado actual de la ciencia, algo puede decirse sobre la evolucion de este afecto; y si bien no podemos llegar á su último desarrollo, podemos no obstante abordar cuestiones de dicha patogenia, que nos den casi un conocimiento cierto de lo que se trata.

Ha habido un sin número de opiniones, sobre qué es lo que acontecia al principio colorante de la sangre para su trasformacion; cómo se cambiaba en melanina, y cómo este pigmentum coloreaba los tejidos.

Con el carácter que siempre tocamos ciertas cuestiones, mencionarémos sólo los resultados que parecen más aceptables, para que no se involucre la inteligencia del alumno, con teoría sobre teoría, con debate sobre debate.

La hemoglobulina, compuesto integrante del glóbulo rojo, se descompone en globulina y hematina; la hematina pierde el hierro pasando á hematoidina; la hematoidina, por último, se trasforma en melanina. Esto acontece muchas veces dentro del glóbulo rojo, que al ser así, reduce sus diámetros, se marchita, pierde su color rutilante, y puede extravasarse en las mallas del tejido.

No sucede, como algunos creen, que este glóbulo,

preñado de sustancia colorante, pigmente á los tejidos por contacto, sin existir ántes intervencion del tejido conjuntivo.

Al haber glóbulos en los tejidos, al haber pigmento en éstos, el tejido conjuntivo envía corpúsculos movibles, que apoderándose de los glóbulos en el estado que ya se ha dicho, trasporta acá y allá al glóbulo de que se ha apoderado; estos corpúsculos llevan el nombre de globulóferos.

Las causas que para esto existen, podemos dividirlas en *predisponentes* y *ocasionales*.

Causas predisponentes: Como se comprende, son todas aquellas que colocan á la economía en un estado de pobreza; la crasis sanguínea, que haga que el líquido hemático se encuentre muy dispuesto á sufrir regresiones en sus principios constitutivos; la escasa y mala alimentacion, la constitucion pobre y la edad avanzada, el haber sufrido hemorragias, y el estar sujeto á un estado crónico, son causas bastante abonadas para que su organismo caiga presa de la afeccion de que nos venimos ocupando.

Causas ocasionales: Entre éstas, mencionarémos como las primeras las traumáticas, que hacen que la sangre, perdiendo su derecho de domicilio, se aloje en los tejidos ambientes, y se trasforme de la manera que ya queda expuesta, presentándonos, si es bajo la piel, los distintos matices del equimosis; como causa ocasional, es necesario tambien señalar el grupo de aquellas que, modificando la crasis hemática, por ser de naturaleza séptica ó tóxica, dan lugar á la melanhemia; entre éstas contamos ciertas fiebres graves, el paludismo y caquexias diversas; á más, es tambien causa del afecto en cuestion, las alteraciones cuantitativas de los elementos de la sangre, caracterizadas por abundancia de

suero, que determina esos estados hidrohémicos, esas hidropesías, esas anasarcas, qué vienen acompañadas de un tinte ictérico de la piel.

Cuéntase tambien como causas muy abonadas para los estados melanémicos, la alteracion de aquellos órganos que están encargados en determinar modificaciones en el principio colorante de la sangre, como por ejemplo, lesiones hepáticas, falsa ictericia de la cirrosis, lesiones esplénicas y glanglionares, pigmentacion esplénica, lesiones de las cápsulas suprarenales, enfermedad de Addison, etc.

Juega papel importante en la melanhemia, la detencion mecánica en el círculo sanguíneo; tenemos como un ejemplo palmario, la ictericia de los recien nacidos, que no dependiente del principio colorante de la bílis, se produce á consecuencia de atascos úricos, ya renales ya pneumónicos, que hacen cambiar á la hematina en hematoidina.

Finalmente, la accion del fósforo sobre la sangre, la intoxicacion fosfórica, trae consigo una coloracion igual y de idéntica naturaleza que la anteriormente dicha.

Anatomía patológica.—En la sangre se encuentra la presencia del pigmento, además el acúmulo de él en ciertos órganos, preferentemente en el bazo, hígado, riñones, etc.

El exámen histológico nos dará á conocer en la misma el pigmento, bajo la forma de granos redondeados, los cuales alguna vez están aislados, pero más comunmente agrupados, y en casos raros aparecen células pigmentarias. Prueba las diferentes fases de trasformacion de la hematina, el ser los corpúsculos negros, pardos ó de color amarillo rojizo.

Segun Frerichs, las manchas pardas y la coloracion obscura del hígado y del bazo, se debe á los depósitos

pigmentosos que se efectúan en el sistema vascular; y estas señales marcadas del pigmento, pueden apreciarse en los capilares del pulmon y áun en la capa cortical del cerebro. En un principio, hay hipertrofia hepática y esplénica; más adelante atrofia; si la afeccion fué aguda, reblandecimiento; si fué crónica, induracion. En los riñones, hay alteraciones análogas, y la mayor cantidad de pigmento está en las pequeñas glándulas conglomeradas de Malpigio.

Síntomas.—Como hemos visto la diversidad de fases con que la etiología de la melanhemia se presenta, de la misma manera el cuadro sintomatológico ofrece igual heterogeneidad.

Así es que no podemos trazar con caractéres precisos y constantes la sintomatología de la melanhemia: lo primero que se ofrece á nuestra vista como línea divisoria de dicha sintomatología, es que la hemoglobulina no se trasforme en melanina, quedando sólo la regresion en hematoidina. Cuando pasa esto, sobrevienen los caractéres de una ictericia, que por ser dependiente de la sustancia colorante de la bílis, recibe el nombre de falsa ictericia.

Esto se presenta en los individuos caquécticos; en los que padecen ciertas lesiones orgánicas heterotróficas; en los recien nacidos, que por lesiones renales, hepáticas y esplénicas, á consecuencia de atascos úricos, sufren esa alteracion hemática.

Los síntomas que caracterizan á dicho afecto son: el color subictérico de la piel, tirando algo á terroso; la palidez de mucosas, la debilidad circulatoria y el afecto que sea causa de la ictericia.

La otra forma es aquella en la cual la hematoidina se ha convertido en melanina; el corpúsculo globulófero se ha apoderado del hematíes melánico.

Por último, la melanina en el estado libre, traspasando las barreras de su vector, sale al exterior.

Este cuadro de síntomas aparece como sucesivo á la forma anterior; como ejemplo muy característico, tenemos ciertas caquexias, la última etapa de determinadas fiebres graves, en las cuales la coloracion de la piel, de color melánico, y las deyecciones y vómitos de igual naturaleza, nos anuncian el estado lamentable de la crasis hemática.

Tambien puede presentarse la verdadera melanhemia, sin que tenga vida propia, caractéres ostensibles el período de la hematoidina; como ejemplo, tenemos la enfermedad bronceada de Addison.

Los síntomas característicos de estos estados discrásicos son: color terroso al principio, y despues moreno bronce de la piel de los enfermos; mucosa conjuntival y labial pálida; puntos pigmentosos en los labios y encías; vómitos, á veces de materiales melánicos; así como deyecciones fecales de igual carácter, esto unido á una debilidad considerable con deficiencia circulatoria y hemorragias pasivas por ano, nariz y boca, terminan con la vida de los enfermos.

No nos detenemos en las melanhemias traumáticas, por ser objeto de la patología quirúrgica.

Curso, duracion y terminacion.—El curso es contínuo; no puede fijarse límite para la duracion, siendo su fin más grave, á medida que la hemoglobulina haya pasado de hematoidina á melanina.

Diagnóstico.—Durante el estado de hematoidina, suele confundirse con la ictericia hepatogena; pero las lesiones dominantes y el conmemorativo, así como el análisis químico de las orinas, resuelve la dificultad.

Pronóstico.—Grave durante la evolucion de la hematoidina, y mortal durante el período melánico propiamente dicho.

Tratamiento.—Es imposible trazar un cuadro completo del tratamiento de dicho afecto, por ser la causa eficiente sumamente vária; así es que, unido á un tratamiento adecuado para la afeccion dominante, se emplearán los tónicos neurosténicos y reconstituyentes, alimentacion azoada si es tolerable, y los astringentes: no presenta esta enfermedad indicacion terapéutica especial que llenar; puede decirse que se confunde su tratamiento con el de las intermitentes, y sobre todo con el de la caquexia palúdica.

CAPÍTULO VI.

Enfermedad de Addison.

Sinonimia.—Enfermedad bronceada.

Definicion.—Se caracteriza por una especie de anemia, unida á languidez y postracion general, con debilidad en la accion cardiaca, y dolor que si bien puede ocupar los costados y áun la region lumbar, es más constante en la epigástrica, hácia la extremidad anterior de las últimas costillas; el color de la piel, si algunas veces tiene analogía con el de otras caquexias, de ordinario es bronceado, pardusco.

Etiología.—Mucho deja que desear el estudio de las causas: se citan como productoras de ella, las afecciones morales, los pesares y privaciones; parece que son más abonadas la trasgresion en los preceptos higiénicos y escasa alimentacion; no influye el sexo, pero sí la edad, pues cual acontece con las enfermedades constitucionales (diatesis escrofulosa, tuberculosa, cancerosa, etc.), se presenta preferentemente en la edad adulta, de los 25 á los 40 años.

Anatomía patológica.—No es tan perfecto el estudio que se ha hecho de esta enfermedad, que podamos comprender satisfactoriamente la fisiología patológica de la afeccion que describimos; pero sí sabemos que no puede admitirse en absoluto, íntima correlacion entre los síntomas que nos da á conocer la enfermedad, y la alteracion en la cápsula suprarenal.

En comprobacion de ello, tengamos presente que hay casos en que de una manera clara y concluyente, se ha encontrado alteracion capsular renal, que ha venido á constituir degeneracion tuberculosa, hipertrófica, cancerosa, etc., sin que durante la vida se hayan presentado señales de tales lesiones.

Otras veces esas alteraciones suprarenales coinciden con los síntomas que se asignáran á la enfermedad de Addison, pero no se ha limitado la lesion á las cápsulas suprarenales, sino que se afectan otros órganos, principalmente los pulmones, siendo la alteracion más frecuente la tuberculosa.

Y no faltan observaciones, en que la inspeccion cadavérica comprueba la falta unas veces, y la integridad otras, de las cápsulas suprarenales.

En la enfermedad de Addison, haciendo caso omiso de las lesiones de dichas cápsulas, que se manifiestan en fases distintas de su desarrollo, y de las que pueden hallarse en ciertas vísceras, podemos decir no hay por lo comun ninguna otra alteracion.

De lamentar es que los observadores no hayan investigado, qué partes del sistema nervioso pudieran estar alteradas, conociendo la relacion íntima que existe entre la médula espinal y las cápsulas suprarenales; y toda vez que los resultados autópsicos nos dicen que si unas veces están alteradas las cápsulas otras no lo están, parece natural se investigase en este sentido,

cuál es el estado del sistema nervioso del gran simpático, por ver si puede aclararse más, acerca de la afeccion que nos ocupa.

Poco resultado parece haberse obtenido del estudio analítico hecho en la sangre. Autores notables dicen haberse encontrado un aumento de glóbulos blancos, nunca materia pigmentosa, consignando nosotros este hecho, por lo que referirse puede al diagnóstico de la melanhemia.

La coloracion bronceada parece tener su asiento en la más profunda capa del cuerpo mucoso de Malpigio, pues la segunda capa de dicho cuerpo no tiene alteracion, como tampoco la del epidermis: ese color en la capa profunda del cuerpo mucoso, se debe á la infiltracion de las células que forman dicha capa, por elementos que son granulosos, amarillentos, y por granulaciones negras, bastante finas.

Síntomas.—Color bronceado de la piel, que en algunos casos llega á ser tan obscura, que se asemeja á la de un mulato ó negro. Tiene diverso matiz, y esa coloracion aparece al principio en las partes descubiertas, extendiéndose luego sin invadir la esclorótica, cuyo color blanco perlino, contrasta con el del rostro.

No es el síntoma color el de más interés ni gravedad, y cuando muere el individuo, ántes de que la afeccion llegara á su más alto grado, suele pasar hasta desapercibido este síntoma, que en la mayoría de casos se manifiesta desde el comienzo del mal.

Si consideramos que en cuantas observaciones positivas conocemos de la enfermedad bronceada, se habla de la presencia de manchas obscuras en la mucosa labial y bucal, deberémos considerar este signo de gran valor diagnóstico, casi patognomónico de ella; y siempre serán síntomas esenciales, la postracion física y moral de estos enfermos.

No es constante, pero sí muy comun, el dolor de espaldas, y sobre todo en el epigastrio. El vómito que muchas veces se presenta, es un síntoma simpático, que puede explicarse por las relaciones nerviosas que existen entre el estómago y las cápsulas suprarenales. Del mismo modo puede comprenderse la dispepsia; pero no hallamos explicacion satisfactoria de la diarrea pertinaz de que nos hablan algunos prácticos, y que no ha faltado en las observaciones por los mismos recogidas; tan grande puede ser el trastorno en las funciones digestivas, que en período avanzado de esta enfermedad pueda llegar á ser alarmante.

El pulso y la impulsion cardiaca es frecuente; pero al final de la afeccion, tanto la impulsion cardiaca como el pulso se debilitan bastante, y la temperatura del cuerpo nunca es excesiva, como no haya complicacion con algun estado morboso febril.

Podemos decir que se distinguen dos períodos en esta enfermedad: hay en el primero desmejoramiento y anemia crecientes, dolor epigástrico, vómitos rebeldes, ruido de fuelle en el corazon; y en el segundo el color se broncea más, coloracion que es debida á una crecida cantidad de granulaciones pigmentarias que se depositan en el espesor del tejido epidérmico, y en particular en el mucoso, segun resulta del exámen microscópico; y aunque la coloracion se fije más en las partes descubiertas, como queda dicho, hay sitios predilectos, que son la cara y cuello, extremidades superiores y áxilas, pene y escroto.

Curso, duracion y terminacion.—No siempre es contínua la marcha de la enfermedad; hay remisiones más ó ménos marcadas (forma aguda), hasta tres ó cuatro años, y por término medio de uno á dos, siendo la terminacion funesta, y en la mayoría de casos en el primer año de enfermedad.

Diagnóstico.—En un principio y cuando la piel está poco bronceada, pudiera ofrecerse alguna duda en sugetos de piel morena; pero no olvidemos los antecedentes y las regiones que, resguardadas de la accion de la luz y que quedan enumeradas, son las primeras en ser atacadas, y evitarémos la duda.

El coincidir las manchas bronceadas con los más notables signos de anemia progresiva, que no se explique por otra lesion especial concomitante, será suficiente para no caer en error.

Reconocida la coloracion bronceada de la piel, supongamos que están afectas las cápsulas suprarenales, pues segun las observaciones recogidas por Addison en Inglaterra, Kent, Vernois y otros en Francia, sobre todo por Chavanne, segun manifiesta en su interesante tratado, de cada ocho casos de piel bronceada, en siete se hallan lesiones en las cápsulas suprarenales; podrá esto no ser constante, pues durante la vida no es posible asegurar que exista una lesion capsular; pero como quiera que esta lesion se encuentre en el decurso de las afecciones cancerosas ó tuberculosas, siempre que tal coloracion en la piel coincida con alguna de estas enfermedades, será cuando ménos probable la coexistencia de lesion tuberculosa ó cancerosa, en las antedichas cápsulas.

Pronóstico.—Este es mortal; si la lesion en las cápsulas suprarenales acompaña á la piel bronceada, como sucede en la gran mayoría de casos en los términos que dejamos expuestos, la muerte es el fin inevitable de esta áun no bien dilucidada enfermedad.

Tratamiento.—Escasos los recursos de que podemos disponer para combatir esta afeccion, digamos en primer término que está comprobada la favorable influencia de toda clase de cuidados higiénicos.

Si la enfermedad fuese sintomática de la tuberculosis ó de la escrofulosis, recurrirémos al aceite de hígado de bacalao; y en general forman la base de la medicacion los estimulantes y los tónicos; Jaccoud recomienda el vino y el alcohol, y muy indicados se hallan el hierro y la quina. Pudiera acontecer que el individuo padeciera de sífilis, gota, reumatismo ó malaria, y en este caso no olvidemos el buen resultado que obtenerse puede con el yoduro de potasio, los alcalinos y los preparados de arsénico, asociados á los tónicos.

El proceso local en un principio, puede ser tratado con vejigatorios en la region renal, y en el último período, la astenia lenta con la electricidad.

No nos prometemos los mejores resultados de estos últimos medios, por más que comprendemos están indicados por su manera de obrar, y lo mismo decimos de la administracion del bromuro potásico y del de amonio, que si provocan alivio es muy pasajero, y cuyos efectos debemos mucho vigilar, pues la influencia hipostenizante podria hacerse sentir, entorpeciendo más los centros nerviosos.

CAPÍTULO VII.

Escorbuto.

Muchas son las hipótesis que han dominado en el campo de la ciencia para explicar esta enfermedad; y si bien los fenómenos que caracterizan esta entidad morbosa, parecen poner fuera de toda duda existe una alteracion en la sangre, que motiva un notable tras-

torno de nutricion, es lo cierto no se ha llegado á razonar de una manera clara y concluyente qué cambios experimenta la sangre para colocar al individuo en condiciones tales, que su nutricion se pervierta, y sus funciones principales sufran de un modo tan serio y tan profundo. Ni la pérdida de coagulabilidad, como han pretendido unos, ni la disminucion de fibrina, como han querido otros, ni el aumento ó disminucion en las sales de sosa y de potasa, ni otras aserciones al parecer más ó ménos razonables, han bastado para explicar la enfermedad, pues el análisis ha confirmado no ser tales alteraciones constantes en la sangre de los escorbúticos.

Tengamos en cuenta las causas que originan la enfermedad que describimos en este capítulo, y como ellas en último término dan lugar á un deterioro orgánico, es de presumir que éste sea ocasionado por la alteracion que ellas producen en la sangre, y la anomalía particular consiguiente en la nutricion, toda vez que son desfavorables las condiciones en que el escorbuto se desarrolla, para que se forme una sangre normal.

De este modo comprenden hoy los prácticos la presencia de esta afeccion, agregando que las causas no obran sólo en la sangre, sino en los capilares; circunstancia atendible, pues la incompleta nutricion de las paredes vasculares, forma el punto de donde parten los fenómenos morbosos.

Etiología.—Es innegable que en la trasgresion de los preceptos higiénicos, sobre todo en cuanto pueda referirse á la higiene alimenticia, hallamos las más poderosas causas de la afeccion que nos ocupa.

Se desarrolla en las largas navegaciones, llamándose *escorbuto marítimo;* y es lo cierto, que haciendo abstraccion de las malas condiciones que en general tienen los

buques, y del hacinamiento de los tripulantes en sitios húmedos y mal ventilados; sabemos que la alimentacion á que en muchos casos se someten, es casi exclusiva de galleta y carne en salazon, estando desprovistos por completo de carne y vegetales frescos; consideradas por muchos estas condiciones, como las más favorables para el desarrollo de la afeccion, se robustece la hipótesis ántes dicha, de que el exceso de sales de sosa en la sangre sobre las de potasa, es la causa principal de dicho padecimiento.

Sin negar que tales influencias favorezcan el desarrollo del escorbuto, no podemos admitir que sean la sola causa de la enfermedad, pues vemos presentarse ésta en individuos que exclusivamente hacen uso de legumbres y de patatas, con tal que vivan en sitios húmedos y en la miseria. Así se presenta no pocas veces el *escorbuto terrestre*, y por eso es forzoso convenir en que el estudio de la higiene alimenticia, es uno de los lados dignos de nuestra atencion en la cuestion etiológica; pero que hay otras muchas causas que de un modo más ó ménos directo influyen en la produccion de la enfermedad.

Queda hecho mérito de las malas habitaciones en que los individuos puedan morar; pues agreguemos la desproporcion que existe entre la clase de alimentos que usan los soldados y marineros, dedicados de contínuo á trabajos excesivos corporales, y su gasto orgánico, y tendremos una de las causas mas importantes del mal; no dejando de tener influencia, aunque sea en segundo término, las impresiones fuertes morales cuando sean tristes; y consignemos tambien que el escorbuto está en razon directa de la debilidad de los individuos, y que aquellos que padezcan vicios especiales, escrofuloso ó sifilítico, si son atacados del mal,

sufren cruelmente, pues la alteracion que experimenta su sangre ocasiona en ellos los mayores estragos.

Concluyamos este punto diciendo, que es enfermedad que se presenta de un modo esporádico, pero que es lo más comun lo haga bajo la forma epidémica, invadiendo á gran número de individuos en las plazas sitiadas, en los prolongados campamentos, en los buques, en las cárceles, hospitales y presidios.

Anatomía patológica. — Si fué el padecer largo, se presenta notable enflaquecimiento, con infiltracion edematosa en los extremos inferiores. La piel súcia y escamillas secas epidérmicas, petequias, equimosis, infiltracion sanguínea, que á veces llega al tejido intermuscular; la sangre es negra, flúida; no ofrece carácter alguno constante, en su densidad ni en su composicion. En la superficie de las grandes vísceras, como hígado, bazo, riñones, etc., hay equimosis más ó ménos extensos y obscuros; y lo mismo suele acontecer en las túnicas serosa y muscular de los intestinos: en las pleuras, corazon, etc., derrames serosos, y alguna vez hay hemorragia en las meninges.

Síntomas. — Pocas veces se presentan desde luego las verdaderas manifestaciones escorbúticas, sino que precede á éstas un período que dura algunos dias ó muchas semanas, y que podemos llamar *prodrómico*, el cual se caracteriza por debilidad y abatimiento considerable, con flojedad y pesadez de piernas; la parte moral se afecta, y los pacientes se ponen tristes y pensativos. No tarda el semblante en perder su color, haciéndose pálido; los ojos no tienen expresion, se hunden, y les rodea círculo obscuro súcio: las articulaciones, sobre todo las de las extremidades, presentan dolores más ó ménos lancinantes, que se irradian y mortifican en alto grado. Las raras veces que falta

este período, desde luego se presentan las manchas; los trastornos nutritivos y la caquexia, aparece despues del padecimiento de las encías y de las determinaciones locales.

A la tumefaccion en las encías, que sin duda es el fenómeno más constante, y casi siempre el primero en aparecer, sigue el reblandecimiento hemorrágico y ulceroso, con notable fetidez de aliento; estado conocido con el nombre de *estomatitis escorbútica*. Esta es la ocasion en que las manchas y equimosis se aumentan; los dolores se hacen violentos; suelen aparecer tumores sanguíneos á lo largo de los músculos; prefieren para su presentacion las extremidades inferiores; y las manchas, que de violadas primero, pasaron al color pardo negruzco, si desaparecen porque la enfermedad se domina, se hacen azuladas, verdes, y, por último, amarillentas; pero si, por el contrario, no se llega á vencer la enfermedad, permanecen obscuras; hay infiltraciones sero-sanguinolentas, hemorragia bucal; las ulceraciones escorbúticas son lívidas, negruzcas, fungosas; dan sangre al menor contacto, y áun hay hemorragias por otras mucosas, siendo la más frecuente la nasal, la intestinal y bronquial, sin dejar de presentarse en la mujer en los casos más graves, metrorragias que pueden ser alarmantes.

Al llegar el escorbuto al estado que describimos, los trastornos de nutricion han sido considerables; el pulso está sumamente pobre, como que la debilidad es suma y ocasiona frecuentes síncopes; hay diarrea abundante y áun sanguinolenta; la respiracion se altera por la opresion y dolores torácicos, y á veces las úlceras de las encías presentan tan mal carácter, que los alveolos se atacan profundamente, los dientes se mueven y caen, y hasta los maxilares pueden cariarse.

Alguna vez este último período se modifica por el desarrollo de una flegmasia en órgano interno, principalmente en la pleura ó en el pericardio; y aunque es frecuente que en corto tiempo haya copiosas exudaciones, y éstas den lugar á gran peligro en la vida del paciente, tambien suelen reabsorberse con rapidez esos grandes derrames, que en más de una ocasion comprometen la existencia.

Curso, duracion y terminacion.—La marcha de esta afeccion generalmente es crónica, pues pocas veces es su duracion corta; y esto sucede de una manera favorable, cuando los enfermos son sustraidos prontamente de las perjudiciales influencias en que están y son colocados en condiciones ventajosas; tambien la duracion es corta, pero triste su fin, cuando la presencia de una pericarditis, etc., viene á complicar su estado. En los demás siempre su término es largo, dando lugar á que el enfermo se extenúe grandemente, y por lo comun sobrevenga una hidropesía general, que en medio de mil alternativas lo conduzca á un fatal resultado. Cuando afortunadamente conseguimos dominar la enfermedad, la convalecencia es muy penosa, pues los enfermos quedan muy debilitados y propensos á recidivas.

Pronóstico.—Este será siempre reservado; se trata de una enfermedad grave, que ocasiona gran trastorno en las principales funciones, y si no termina mal, quedan los enfermos en un estado de postracion, difícil de vencer en largo tiempo.

Tratamiento.—Merced á los preceptos higiénicos puestos hoy en práctica, no sólo en los buques, sino hasta en las poblaciones más descuidadas, rara vez se presenta esta enfermedad de algun tiempo á esta parte.

Los progresos de la civilizacion hacen sentir sus saludables efectos, hasta en aquellos lugares donde anida

la miseria; hoy por lo general el pobre tiene mejor habitacion; el alimento que toma es de más buena calidad. En los buques se vigila el aseo y la limpieza; no se hacinan personas, cual se hacia en épocas no lejanas, en lugares inmundos que tenian esos mismos barcos; hoy se proveen de carnes y legumbres frescas; es de uso general en los mismos el zumo de limon, el vino y la cerveza; la navegacion es más breve, y todo esto hace que en el dia tan sólo presenciemos esta enfermedad en los cuarteles, cárceles ú hospitales, donde olvidadas las reglas higiénicas, hay que tomar sérias medidas profilácticas, para evitar la propagacion del mal de que se trata. Estas reflexiones nos conducen á confirmar que en la profilaxis estriba la curacion del escorbuto: alimentacion alterna vegetal y animal fresca, agua de buenas condiciones potables, buen vino, cerveza y limonada como bebida habitual; en ciertas ocasiones alguna cantidad de aguardiente, uso de prendas de vestir secas y calientes, esto es, abrigo moderado, ejercicio al aire libre, y algun otro consejo que dicte la buena higiene, serán los medios que recomendemos para evitar la enfermedad y para curarla, bien se presente en los buques, bien se desarrolle en tierra; ya sea un sólo individuo el atacado, ya grandes masas de marineros, soldados ó desgraciados, que vivan bajo el influjo de tanta causa insalubre, como favorece el desarrollo de esta afeccion.

Ya confirmado el escorbuto, trátese por los medios posibles de quitar la causa que lo engendrára; disemínense los enfermos, úsense limonadas vegetales y zumos de plantas antiescorbúticas, como el berro, el rábano y la coclearia: hágase abstraccion de la carne de cerdo y de alimentos salados. La manifestacion bucal, ó sea la estomatitis escorbútica, combátase tópica-

mente con colutorios detersivos y quinados, dando la preferencia á una disolucion de clorato potásico, en un cocimiento de quina con alcohol de coclearia, en la proporcion de una á dos dracmas del primero, en una libra de líquido y una onza del último (4 á 8 gramos del primero, 400 gramos del segundo y 30 gramos del tercero); si esto no fuese suficiente, se tocarán las encías con una disolucion de ácido clorhidriaco.

En el período avanzado, cuando hay hemorragias, emplearémos al interior los astringentes, con preferencia el percloruro de hierro; y las ulceraciones las tratarémos con vino aromático, cocimiento de quina, cloruro de Labarraque y aguardiente alcanforado.

En todo caso, al interior, tienen útil aplicacion los tónicos reconstituyentes y neurosténicos, esto es, quina y hierro.

CAPÍTULO VIII.

Púrpura hemorrágica.

Sinonimia. — Morbus maculosus; enfermedad de Werlhof.

Enlazada esta afeccion con el escorbuto, como que la caracteriza una erupcion de manchas sanguíneas, producidas por derrame de sangre en los capilares de la piel y de las mucosas, presenta no obstante diferencias muy apreciables, que brevemente debemos conocer.

No existe en la púrpura hemorrágica *estomatitis escorbútica*, ni exudaciones en el tejido subcutáneo é intermuscular, ni flegmasias hemorrágicas de las serosas; en lo que estriba precisamente los más culminantes caractéres del escorbuto.

Etiología. — No están bien precisadas cuáles sean las causas de esta enfermedad. Ni la edad juvenil, ni el habitar en lugares frios y húmedos, ni las impresiones morales tristes, ni otras diversas causas asignadas por diversos prácticos, prueban suficientemente que ellas motiven el padecimiento que nos ocupa.

Se ha dicho que cierto estado morboso de las paredes capilares, y que puede depender de una mala ó escasa nutricion, á consecuencia del uso de sustancias defectuosas ó insuficientes, es la causa de este mal; pero no olvidemos que personas robustas, que viven en las mejores condiciones, no están exentas de contraer la púrpura, y esto viene á hacer más difícil el precisar cuáles sean las verdaderas causas que lo produzca, y nos obligue á decir que áun en el dia pasa desapercibido á nuestro exámen, el estudio etiológico de esta no frecuente enfermedad.

Síntomas. — Debemos citar como el inicial, las petequias que pueden ser precedidas de fiebre, postracion general, náuseas y áun vómitos, viniendo despues á aparecer hemorragia; y son las más frecuentes, epistaxis, hemoptísis, enterorragia y hematuria, presentándose además en la mucosa bucal y faríngea, equimosis puntuados.

Curso, duracion y terminacion. — El curso de la enfermedad es contínuo, pero muy distinta su duracion, por ser diversa la terminacion de la misma.

Ocasiones hay en que cesa favorablemente á los seis ú ocho dias; y otras, sin dejar de ser el resultado feliz, se proroga cuatro y aún cinco meses.

Lo mismo sucede respecto á la terminacion; por regla general ésta es por salud, y cuando la muerte pone fin á los dias del individuo, que esto sucede cuando más en una tercera parte de los atacados, unas veces

sobreviene á consecuencia de las grandes pérdidas de sangre, en medio de un colapso, sin haberse presentado fenómenos tíficos; pero otras precede á la muerte un verdadero estado tifoideo, con predominio adinámico.

Pronóstico.—Dedúcese de lo dicho se trata de una enfermedad grave, y por lo mismo debe ser reservado.

Tratamiento.—Como medios higiénicos, los recomendados al hablar del escorbuto; como medicacion propiamente tal, los preparados de quina y ácidos minerales. El percloruro de hierro de 20 á 40 gotas por dia; si hay hematemesis, pedazos de nieve; si epistaxis, el tamponamiento, y hoy se encomia la utilidad del cornezuelo de centeno á dósis crecida, cuya eficacia áun no hemos tenido ocasion de comprobar.

CAPÍTULO IX.

Escrofulismo.

Desde la antigüedad más remota, ha llamado la atencion de todos los prácticos, el estudio de la afeccion escrofulosa.

Ya el padre de la Medicina habia referido su asiento á los ganglios, haciendo consistir las escrófulas en una alteracion de la pituita, esto es, de los flúidos blancos de la economía, y deja entrever en sus escritos algunas ideas, que revelan la que tenia formada de esta enfermedad.

Galeno confunde las escrófulas con el escirro: Celso conoce las escrófulas con el nombre de *struma*, y á la verdad que su descripcion no puede aplicarse al bocio. Es, pues, limitada la idea de los antiguos acerca de esta

afeccion; necesitamos venir á tiempos posteriores, en que la observacion ha llegado á descubrir sus huellas en órganos diversos. El estudio de los vasos linfáticos, hizo que se refiriese al sistema á cuya formacion concurren, las variedades de la escrofulosis; y los trabajos notables de los médicos ingleses, los escritos distinguidos de los prácticos de Prusia, y las buenas tésis sobre este punto, de un número nada escaso de ilustrados profesores de la vecina Francia, han venido á esclarecer puntos obscuros de la afeccion que describimos.

La única nocion primera que se nos ha dado á conocer de la afeccion escrofulosa, ha sido el infarto de los ganglios linfáticos del cuello; pero despues, el estudio clínico y necroscópico, ha puesto de manifiesto que no sólo los ganglios sufren un estado patológico, sino que órganos diversos como la piel, el tejido celular, las membranas mucosas y los sistemas fibroso y óseo, experimentan alteraciones relacionadas entre sí, más ó ménos notables.

Estas reflexiones nos hacen concebir la idea, de que el escrofulismo consiste en una modificacion general del organismo, en una alteracion primitiva de la constitucion, es decir, en una diatesis, cuyo carácter esencial estriba, en crear en los sitios donde se localiza lesiones especiales.

Se ha admitido por algunos médicos franceses é ingleses el parecer, de que esta afeccion tiene por producto propio y de verdadera significacion la materia tuberculosa, y quieren establecer identidad entre las escrófulas y los tubérculos; no son pocos los autores que colocados en frente de esta opinion, sostienen que muchos individuos pueden haber sufrido afecciones escrofulosas, y no por ello se les ha observado el vestigio más insignificante de tubérculos; y tambien que

muchos tísicos se hacen escrofulosos, sin haberse notado en ellos el más ligero síntoma de escrofulosis. Parece estar hoy fuera de duda que no existe esta relacion íntima, ese lazo recíproco, ni áun una coincidencia constante, entre la escrófula y el tubérculo. La diatesis escrofulosa engendra lesiones locales variadas en su forma y aspecto, y la tuberculizacion tiene caractéres que le son fijos. Son, pues, dos afecciones diversas, estados patológicos distintos, pero con relaciones importantes entre sí. Nunca podremos desconocer que la diatesis escrofulosa dispone á los tubérculos, y que de padres tísicos nacen hijos escrofulosos.

Antes de pasar á estudiar las causas, debemos decir que es difícil precisar una definicion de escrofulosis, que cualquiera que sea su forma, hay lesiones locales en puntos determinados, que siempre empieza por una flegmasia crónica, que da por resultado un flujo, una materia mucosa ó purulenta, una exudacion que es anormal, y que las manifestaciones locales de la diatesis escrofulosa, las encontrarémos en la piel, tejido celular, membranas mucosas exteriores, ganglios linfáticos cervicales, axilares, inguinales, bronquiales y mesentéricos, tejido fibroso y óseo.

Etiología.—Mucho se ha hablado respecto á la trasmision hereditaria de la escrofulosis, negada por muchos prácticos franceses é ingleses, puesta en duda por otros; es hoy la opinion más admitida, que nada prueba mejor la realidad de la diatesis escrofulosa que el influjo hereditario; es verdad que esta no consiste ni en infartos en las glándulas, ni en la presencia de oftalmías, ni de algun tumor blanco, pero sí en la disposicion que conduce á ella. Lo que sí se ha observado es que la influencia hereditaria suele atravesar, sin manifestarse, una generacion, volviendo á presentarse

en la siguiente. Pero probada en la actualidad, por multitud de hechos, la trasmision hereditaria, podemos consignar acerca de este punto tan debatido, que la herencia es causa incontestable de la diatesis escrofulosa, pero no es su solo orígen, y que son muy variados los grados y formas que en sus distintas manifestaciones presenta.

Respecto á la edad, es afeccion propia de la infancia, desenvolviéndose principalmente en las épocas de la primera y segunda denticion, siendo en muchos casos favorable la pubertad para que la marcha sea buena, y la terminacion feliz.

Por lo que hace al sexo, no hay datos suficientes para dar la preferencia á ninguno de ellos, pues de un modo igual ataca á ambos.

Lo mismo debemos decir de la constitucion y del temperamento de los individuos; parece como que el predominio del linfático debe incluirse entre las causas predisponentes; pero no son pocos los casos que pudiéramos citar en contra de esta regla, y si las constituciones débiles son citadas por muchos como una de las causas más ordinarias de la afeccion escrofulosa, niños notables por su precoz desarrollo y robustez aparente son cruelmente tratados por tan general padecimiento.

Entre las causas higiénicas, bien podemos mencionar que el aire privado de calórico y de luz estando cargado de agua, será una de las causas que abonen el desarrollo de esta afeccion, y fácilmente comprendemos cuáles serán las condiciones de los lugares y de las habitaciones, que favorezcan la presencia de la diatesis escrofulosa; los sitios bajos y húmedos; el estado higrométrico del aire; las habitaciones cerradas donde el aire se vicia; la reunion de personas, sobre todo jó-

venes, en dormitorios estrechos y poco ventilados, favorece el escrofulismo; toda vez que en tales condiciones la hematosis se perjudica y la constitucion se altera.

En cuanto á los alimentos y bebidas, siempre se ha creido que una alimentacion insuficiente motivaba el escrofulismo; y sin embargo, bien pueden citarse casos de voracidad habitual en los individuos, como causa única de esta afeccion; pero quizás esta necesidad constante de alimento, dependa de que el organismo no esté completamente reparado, á pesar de las cantidades que se ingieren. Lo que sí perjudica á la salud, y por lo mismo favorece la diatesis, es el mal régimen; el niño que mama y come bien, sea papilla ó sopa, está más expuesto á las escrófulas que el que exclusivamente se alimenta de su madre ó su nodriza.

Mencionarémos tambien la falta de ejercicio, ó sea la inaccion á que se entregan muchos individuos en la edad juvenil, como otra de las causas que pueden dar lugar á la escrofulosis.

Por último, hagamos mérito de ciertas causas ocasionales, específicas y patológicas, acerca de las cuales llaman la atencion distinguidos prácticos, considerándolas capaces de producir las escrófulas; ciertas lesiones mecánicas, los golpes y caidas, la supresion de un flujo sanguíneo habitual, la presencia de ciertos exantemas, como la viruela, la sífilis y el uso de los mercuriales, son causas abonadas para provocar la invasion de síntomas escrofulosos. Y por lo que hace á la cuestion de contagio, diremos que Bordeu sostiene que las escrófulas se trasmiten por él: Lalouette asegura son evidentemente contagiosas, pues ha visto producirse por el simple contacto habitual con los afectos de ellas. Huffeland cree, que sólo cuando tienen gran intensidad, son contagiosas; Pujol y otros, son de este

parecer; pero no han faltado prácticos que nieguen la facultad contagiosa, pues no han obtenido ese resultado despues de haber inoculado el pus de una escrófula en una herida, y de haber hecho fricciones en el cuello con el mismo; autoridades como Coursand, Cullen y White, son de esta opinion.

A pesar de lo dicho por unos y negado por otros, vemos que la observacion nos demuestra, que niños sanos, comen y viven con escrofulosos, y no llegan á adquirir la enfermedad. ¿Por qué no hemos de creer que el escrofulismo no es contagioso, y que en aquellos casos en que aparezca como tal, otras causas quizás le hayan dado orígen?

Anatomía patológica.—Busquemos las lesiones de la enfermedad que nos ocupa, en aquellos puntos donde residen las manifestaciones de la afeccion.

En la piel puede observarse el eczema y el impétigo, siendo el sitio predilecto la cara, el cuero cabelludo, la parte posterior de la oreja, y es bastante frecuente que el impétigo persista en el orificio nasal, con pústulas, costras y ulceraciones en el comienzo de las mismas mucosas: en éstas hallamos señales de flegmasia catarral crónica, en aquellos sitios en que se continúan con la piel; así es que abundan la coriza, la otitis y la conjuntivitis palpebral.

En ocasiones, las mucosas más profundas son invadidas cuando el padecimiento ha llegado á producir gran trastorno, y vemos las ulceraciones faríngeas, la bronquitis y áun la tísis escrofulosa; si los lóbulos del pulmon son atacados, se provoca en ellos una inflamacion ulcerosa, y se presentan los fenómenos de la tísis pulmonar.

Pueden afectarse los órganos de los sentidos; ya hemos dicho son manifestaciones frecuentes la conjunti-

vitis palpebral, pues tambien lo son la blefaritis, la inflamacion de las glándulas de Meibomio, rara vez la queratitis, y áun suelen presentarse erosiones en la córnea, que producen cicatrices opacas. Y en el oido no sólo la otitis externa, sino la media y hasta la cáries de la porcion petrosa, constituyendo la otitis escrofulosa con sus fatales consecuencias.

En el tejido celular pueden manifestarse abscesos frios, y en las glándulas linfáticas alteraciones, ó mejor degeneraciones más ó ménos profundas, segun el período ó grado de la enfermedad.

El estado de la sangre en general es seroso, pobre en glóbulos; y por lo que hace á la cantidad de fibrina, no se admite por la mayoría de los prácticos, que esté su proporcion disminuida.

Por último, poco frecuente es se presente la escrofulosis visceral, pues esto sólo acontecerá cuando el mal llegase á su más alto grado; y en el caso que esto acontece, tenemos ocasion de apreciar la bronquitis, la tísis, la degeneracion caseosa de las cápsulas suprarenales, y tambien alguna vez la degeneracion amiloidea de órganos tan importantes para la vida, como son el hígado y los riñones.

Síntomas.—Al examinar la diatesis escrofulosa, hemos dicho, que debemos estudiar sus caractéres en la piel, en las membranas mucosas; en los sistemas óseo, muscular, nervioso y sanguíneo; en el tejido celular y sistema linfático; en los aparatos digestivo y secretorio, y áun en los órganos sexuales.

La piel, cualquiera que sea su color, suele estar reluciente, y en algunos escrofulosos se observa ligero encedimiento en los pómulos, circunstancia que nos hace sospechar pudiera existir una complicacion tuberculosa: el sudor que exhala á veces, tiene un olor fétido

particular. La propension á escoriarse, y á inflamarse la piel, es más notable en el orígen de las membranas mucosas: la pituitaria se irrita frecuentemente, y fluye de ella moco espeso, que escoria las aberturas de la nariz. El labio superior es comun esté abultado, y es uno de los fenómenos primeros en presentarse. Las amígdalas se hallan muchas veces tumefactas; no entorpece esto la deglucion, pero sí modifica el timbre de la voz, y no es raro observemos rubicundez y escoriaciones vulvares y áun leucorrea habitual, en las niñas de corta edad.

Lo más notable en los sistemas óseo y muscular, es que los huesos del cráneo parece adquieren más desarrollo hácia atrás; las extremidades de los huesos voluminosos dan lugar á que las articulaciones sean algo deformes; la estatura puede ser elevada, pero es más comun sea pequeña; otras veces hay deformidad en diversos puntos del esqueleto, presentando los escrofulosos saliente el esternon, estrecho el pecho y áun desviaciones en el raquis. No es constante que en estos individuos sea la denticion tardía, al contrario, frecuentemente es precoz, pero en cambio los dientes son pequeños, frágiles, mal colocados, y se anticipa su caida.

Los músculos son blandos, poco enérgicos, escasamente desarrollados; no extrañemos, por lo tanto, la inaccion y la desidia, á que los escrofulosos son tan afectos.

En el sistema nervioso, no hallamos respecto á esta enfermedad sino relaciones indirectas; así es que si en unos casos la motilidad es activa ó pasiva, la inteligencia viva ó torpe, y la sensibilidad delicada ú obtusa, esto estará en relacion con las disposiciones primitivas del individuo.

Por lo que hace al sistema sanguíneo, en general está poco desarrollado; es frecuente que los escrofulosos tengan el pulso pequeño, depresible y lento; y si bien el estado de la sangre ha llamado la atencion de muchos prácticos, asegurando unos que es más acuosa que de ordinario, sosteniendo otros, como Nicholson, que la fibrina en cantidad se diferencia muy poco del estado normal, pero sí se hallan en disminucion los glóbulos; y pretendiendo que contiene la sangre un exceso de albúmina, los médicos italianos; creemos que áun es muy digno de estudio el exámen de la sangre, para poder confirmar algunas de las ideas emitidas.

En el tejido celular y sistema linfático, sí podemos enumerar datos de gran valor; aumentado el primero, da lugar á formas redondeadas y miembros contorneados, siendo al mismo tiempo blandos: en las niñas las mamas se desarrollan precozmente, llegando á adquirir gran tamaño; los ganglios linfáticos tienden á ingurgitarse, y no es extraño que haya tendencia á la obesidad.

En el aparato digestivo, se nota por lo comun gran apetito, digestiones laboriosas, flatuosidades, y con frecuencia diarrea; se abulta el vientre con facilidad, y áun se infartan los ganglios del mesenterio. La secrecion biliar ofrece modificaciones, asegurando unos que la bílis es en los escrofulosos más pálida y de ménos consistencia, y otros creyendo existe una disminucion grande de este líquido en los que tienen escrofulosis. La orina es más ó ménos abundante, pero acuosa y sedimentosa, y es frecuente ver á los niños linfáticos expuestos á la incontinencia de orina, y si esto puede atribuirse en unos casos á debilidad en el cuello vexical, más comun será que la causa sea una irritacion crónica en la mucosa uretro-vexical.

Por último, para completar el estudio de los fenómenos, síntomas y signos que caracterizan el escrofulismo, debemos decir que éste unas veces retarda, y otras anticipa el desarrollo de los órganos sexuales; que la importante funcion menstrual suele ser precoz en su aparicion, y que es indudable hay disposicion en los escrofulosos al onanismo y á la masturbacion respectivamente.

Curso, duracion y terminacion.—Siempre es largo é insidioso el curso de la escrofulosis, y alternan las mejorías con agravaciones periódicas: y por lo que hace á su término, es muy frecuente la completa curacion, si hacemos caso omiso de ciertas alteraciones que resultan de la enfermedad, pero que no perturban la salud.

En casos aislados sobreviene la muerte, y esto sucede cuando los trastornos nutritivos son de tal entidad que motivan alteraciones en órganos importantes, como queda mencionado.

Pronóstico.—Al tener presente la larga duracion del padecimiento, las recaidas que frecuentemente se experimentan, el riesgo que corre el individuo de ver alterada profundamente su salud y comprometida su existencia, más la trasmision hereditaria que lo origina, tenemos que formular un pronóstico grave, sin que pueda atenuarse la gravedad de este juicio, por lo raro que es la terminacion mortal; pero sí estará subordinado el pronóstico al período en que se halle la enfermedad, á su marcha y á las lesiones que ocasione, no olvidando que es de más gravedad la escrófula hereditaria y la senil, que las formas irritativa y fria, de tan insidiosa afeccion.

Tratamiento.—A pesar de no contar la ciencia con un específico para combatir la escrofulosis, es incuestio-

nable que el Médico puede servirse de ciertos agentes, cuyos efectos son en extremo favorables. Los que nos proporciona la higiene son de mucho interés, pero no son de ménos importancia los medios farmacéuticos.

Para la más fácil aclaracion, hagamos algunas reflexiones acerca de los primeros en particular, y luego enumerarémos lo de más interés, por lo que hace á los segundos.

Entre aquellos, encarezcamos la necesidad en que están los individuos escrofulosos de respirar un aire puro; por lo tanto, el habitar en el campo, en un sitio seco y expuesto al Sur, en casa ventilada y bien iluminada, será de mucha importancia; como igualmente el procurar que la cama no sea muy blanda, el vestirse de lana, el emplear baños tibios, que limpien y den flexibilidad á la piel, favoreciendo la traspiracion cutánea; al mismo tiempo es conveniente observar ciertos preceptos de interés en el régimen alimenticio, el uso de carnes tiernas y de fácil digestion, que alterne con el de vegetales, siempre que sean sanos, bien cocidos y poco sazonados, con otros alimentos nutritivos como los huevos, etc., constituirán la base de la alimentacion, siendo oportuno no darlos en abundancia y sí con regularidad: respecto á bebidas, están indicadas la cerveza y los vinos ligeros: el ejercicio corporal es muy recomendable, siendo moderado, sostenido y al aire libre; y últimamente, no olvidemos lo útil que es en los niños la distraccion en ciertos juegos, pues concurren á mejorar en ellos la salud, así como una influencia moral enérgica llega á ejercer en los adultos una modificacion provechosa.

Entre los medios farmacológicos, debemos citar y encomiar primeramente el yodo y sus preparados; no es este alterante un específico de las escrófulas, pero

es un modificador poderoso del sistema linfático, y obra favoreciendo la resolucion de los infartos ganglionares. El yoduro potásico es el preparado de uso general al interior, por lo comun disuelto en agua y á dósis ascendente, y al exterior asociado á la manteca para fricciones. Indicaciones hay que deben cubrirse con el yoduro férrico, mercúrico, plúmbico y otros no tan usados.

Ménos útil es el bromo; de uso bastante generalizado hoy los bromuros, principalmente el potásico, son inferiores á los yoduros; pero en cambio los súlfuros de potasa y de sosa sí tienen mucha aplicacion é importancia: el uso de las aguas sulfurosas artificiales es de una utilidad reconocida, poniendo para cada baño de 60 á 120 gramos (2 á 4 onzas) del súlfuro potásico ó sódico. Con las aguas así preparadas y á una temperatura de 38 á 40° del centígrado, se produce una excitacion en la piel y un aumento en la traspiracion cutánea, que motiva una accion tónica marcada en todo el organismo. En aquellos casos en que la excitacion de las vias digestivas contraindique el empleo de medicamentos activos, y en particular del yodo, están estos baños indicados, y aunque no presenten los individuos más manifestacion que su temperamento linfático. Muy conocidas las fuentes sulfurosas más notables de España, no necesitamos nombrarlas; y entre las de la nacion vecina, encomiarémos la importancia de las de Baréges, cuando la afeccion escrofulosa haya atacado á las articulaciones; y las de Bagnéres de Luchon, ricas en azufre y notables por sus grados de calor. Estas y las de nuestros ricos manantiales, harto probadas por su eficacia en cuantas variedades ó formas ofrezca la escrofulosis, es el más preciado recurso con que debemos combatir la enfermedad que nos ocupa.

Los baños de mar constituyen un precioso medio para tratar las escrófulas, y son de mucho valer para aquellos individuos pálidos, delgados, linfáticos, que tienen atonía gástrica.

Y las aguas minerales puramente salinas, pero termales, tambien son recomendadas; mas no las creemos tan indicadas y eficaces como las de mar y las sulfurosas.

Como enfermedad de larga duracion y rebelde al tratamiento, se han empleado multitud de medicamentos en diversas épocas y por prácticos distinguidos; alguna eficacia se ha encontrado en ciertos y determinados, pero en otros su uso es nulo, y en ocasiones perjudicial. Los alcalinos se empleaban por Huffeland, cuando el escrofulismo residia sobre todo en los huesos, y eran notables los infartos mesentéricos; el mismo Práctico recomienda el clorhidrato de barita, que lo asocia al de hierro y á la cicuta; y el Dr. Bertrand explica perfectamente los efectos locales de este medicamento, y que denotan su accion estimulante; pero el hidroclorato de barita obra de un modo lento en la resolucion de los tumores escrofulosos.

No está suficientemente reconocida la eficacia de otros medicamentos, como los ferruginosos, los mercuriales, algunos astringentes, evacuantes y revulsivos; mas no podemos decir lo mismo de las hojas de nogal, y sobre todo del aceite de hígado de bacalao, de uso tan general y de resultados tan positivos como sancionna la experiencia, al cabo de los años que hace se preconiza.

La infusion de las hojas de nogal, es muy útil para secundar en cierto modo la accion del aceite de hígado de bacalao, por la cantidad de tanino que contienen; así es que está indicada la infusion cuando existe un

catarro crónico intestinal, que entorpece la digestion ó la absorcion del quilo, oponiéndose de ese modo á la nutricion del individuo. Es antiescrofulosa la propiedad de este medicamento, pero debe usarse largo tiempo, para que el éxito sea completo.

El aceite de hígado de bacalao ha prestado grandes servicios á los escrofulosos, aunque es innegable que se ha abusado de tan gran recurso. Existan ó no manifestaciones más ó ménos notables del escrofulismo, adminístrese á los niños de corta edad, á la dósis de una á dos cucharadas pequeñas. La repugnancia que suelen oponer los niños fácilmente se vence, haciéndoles tomar en seguida una corta cantidad de café puro ó mezclado con el de bellotas, tambien recomendable en estos casos; pasados los primeros dias de estarse administrando este medicamento puede aumentarse, consultando siempre la edad y demás circunstancias especiales; pero sirviendo de guia que la cantidad diaria de que debe hacerse uso, es próximamente la de media onza. Acontece que cuando se emplea mucho tiempo, sobreviene una repugnancia que no se puede vencer á esta medicina tan desagradable, y entónces lo devuelven los pacientes. En algun tanto puede corregirse este defecto, descansando ocho ó diez dias, despues de haber hecho uso de él dos ó tres semanas.

Consignemos que si bien toman los enfermos mejor este medicamento cuando tiene poco olor y sabor, las distintas operaciones á que es necesario someterlo para colocarlo en esas condiciones ménos desagradables, hacen que se disminuyan y áun se pierdan ciertos principios, que prestan gran actividad á este útil remedio; téngase en cuenta lo manifestado para aconsejar, en aquellos casos que posible sea, el uso del aceite de hígado de bacalao obscuro, que vulgarmente llaman im-

puro, y que si bien más nauseabundo y repugnante por conservar ciertos principios yodados, es más eficaz y segura su accion.

Como resúmen de cuanto acabamos de decir, acerca de los medios farmacológicos, recomendables para combatir la importante afeccion de que extensamente nos ocupamos en este capítulo, debemos tener presente: que en primer lugar está el yodo y sus preparados, sobre todo el yoduro potásico y el aceite de hígado de bacalao; si el estado de atonía general lo exige, adminístrese la quina y los ferruginosos al mismo tiempo; es de utilidad reconocida el cocimiento de hojas de nogal, y de no menor los baños frios, los de mar, los naturales termales, los sulfurosos, y los artificiales alcalinos y yodurados.

Los preparados de oro, barita, ó la administracion de la cicuta, sudoríficos y purgantes, juegan un papel secundario, cuya importancia no ha sido bien confirmada; y por último, que el verano es la mejor estacion para activar el método curativo de la enfermedad que dejamos descrita.

CAPÍTULO X.

Raquitismo.

Sinonimia.—Raquitis.

Definicion.—Constituye esta enfermedad una alteracion especial de los huesos en la infancia, que produce variacion de forma y volúmen en los mismos, desviaciones y falta de osificacion, unido á una alteracion más ó ménos notable, pero completa, de la economía.

Etiología.—Pueden citarse casos de niños raquíti-

cos desde su nacimiento; pero lo comun es que las manifestaciones de esta afeccion comiencen desde los seis meses al año, siendo excepcional que á los tres ó cuatro años sea cuando se presente el raquitismo; no es el temperamento linfático el que más figura en la raquitis; parece deducirse, de las observaciones de Guerin, que son las principales causas predisponentes todas aquellas que pueden debilitar la constitucion del individuo, y por lo mismo podemos citar entre éstas la falta de preceptos higiénicos, la mala habitacion, fria y húmeda, los escasos alimentos ó de mala calidad, y en una palabra, la miseria bajo todas sus faces.

Anatomía patológica.—Las alteraciones en la textura de los huesos raquíticos son diversas, segun el período de la enfermedad y su antigüedad.

En el período de incubacion vemos, en todos aquellos puntos de tejido huesoso donde se distribuyen las raices de los vasos nutricios, una estancacion de materia sanguinolenta en todos los intersticios, y su aumento humoral explica no sólo el de las partes componentes de dicho tejido, sino la hinchazon y áun tumefaccion de las diversas porciones del esqueleto.

En el segundo período, que es el de deformacion, al perder el tejido óseo su consistencia y reblandecerse, la materia que se deposita en los intersticios se organiza, y pasa de la forma célulo-vascular á la célulo-esponjosa, y es abundante entre el periostio y el hueso, entre la membrana medular y el conducto.

En el tercer período ó de resolucion, pasa ese tejido de nueva formacion á ser compacto, y se confunde con el antiguo, que recobra su primitiva densidad.

Parece estar fuera de duda, que el raquitismo impide que el hueso se desarrolle.

Síntomas.—*Incubacion:* Esta afeccion se presenta por lo comun despues de una enfermedad larga y grave. Entrados los niños en la convalecencia, no se curan por completo, siguen tristes, se adelgazan, sudan, hay en ellos señales de debilidad general.

Tambien puede presentarse este período, siempre que haya habido una mala alimentacion; no es necesario que se preceda de enfermedad.

Deformacion: Este ha sido el más estudiado, por las manifestaciones notables que ofrece.

Lo primero es que en las articulaciones se presenta tumefaccion; éstas se hinchan, y se forma en ellas especie de nudos. Despues los huesos largos se tuercen, se encorvan, se desvian más ó ménos de la situacion natural. El esternon se hace saliente ó se deprime; las costillas pierden arqueadura; los huesos de la pelvis se desvian, y á la columna vertebral le sucede lo propio. Estas deformaciones á veces motivan cambios en las grandes cavidades, que pueden originar trastornos funcionales de importancia.

Se comprende que los cambios ó desviaciones en la columna de las vértebras y en las costillas den lugar á disnea, efectuándose en gran parte la respiracion por el diafragma; y se concibe que los niños que de tal modo sufran al respirar, presente su semblante una expresion particular, ojos abiertos, nariz dilatada, boca entreabierta, etc.; la tos será en ellos entrecortada, y nada particular hallarémos por la percusion ni por la auscultacion.

No es raro se aprecie en los raquíticos sensibilidad abdominal y meteorismo, siendo propensos á diarreas, pues por lo demás no hay en ellos trastornos digestivos.

El pulso es más frecuente que lo que pertenece al estado normal, y sudan mucho y con facilidad.

Por último, si bien el cráneo de los raquíticos es voluminoso, segun Rufz que tan detenidamente ha estudiado esta enfermedad, jamás ha notado síntoma alguno, que le haya hecho sospechar ninguna alteracion en el órgano encefálico.

Curso, duracion y terminacion.—El primer período de la enfermedad, puede ser agudo ó crónico; siempre la duracion aunque no fija, es de meses, y la terminacion por muerte es rara.

Cuando esto acontece despues de enflaquecer y ponerse las carnes flojas, se presenta una afeccion de pecho ó de vientre, á consecuencia de la que sucumben.

Por el contrario, la alegría, la vuelta del apetito, el desarrollo que se nota en la constitucion, anuncian el feliz término; y aunque conserven desviaciones en los huesos, éstos con la trasformacion han llegado á adquirir una consistencia mayor que la normal.

Diagnóstico.—No deja de ofrecer algunas dificultades, el conocimiento perfecto de esta enfermedad en el período de incubacion, por la analogía que presentan sus síntomas con los de otras afecciones. Tengamos en cuenta la aversion que tienen los raquíticos, á ejercer los movimientos bruscos, lo sensible que están las distintas partes del cuerpo, que les obliga á dar gritos si se les hacer mover, y si á esto agregamos la presencia de fosfato de cal en la orina, reunirémos tres síntomas en que se han fijado los prácticos para sospechar en la raquitis incipiente. Trousseau da gran importancia al retardo en la denticion, pues para él, los que sufren de ella sin que aparezcan los dientes, están amagados de esta enfermedad.

Pudiera creerse en una parálisis de los miembros abdominales, existiendo sólo una impotencia raquítica; más tengamos presente que el niño paralizado, no

puede agitar las piernas cualquiera que sea la actitud que adopte, y el raquítico las mueve en la cama aunque le produzca dolor.

Fijémonos en las causas que ha acreditado la experiencia ser las productoras de la raquitis, pues sabemos que siempre esta enfermedad dimana de malas condiciones higiénicas, de pésimas circunstancias de localidad, de alimentacion insuficiente, del uso exclusivo de la animal segun Guerin, y tambien de la miseria; y reunirémos datos para asegurar el diagnóstico.

Si las deformaciones existen en la continuidad de los huesos, podemos considerarlas, como características, pero puede existir una inflamacion aislada que nos haga creer en la existencia de un tumor blanco; así como siendo muchas las articulaciones afectas, sospecharíamos ser el reumatismo crónico, sobre todo si hay dolor á la presion, en estos casos recordemos que ambas afecciones son muy raras en la niñez, y que siempre habrá algun otro síntoma general, como flexibilidad de huesos, ó dolores generales.

El desarrollo excesivo de cabeza, podria hacernos concebir la idea de un hidrocéfalo. Fijémonos en este caso en la vivacidad de inteligencia, desarrollo no uniforme del cráneo, ruido de soplo percibido en la fontanela anterior, y otros signos del raquitismo que no dejarán de presentarse en otras partes del cuerpo, y estos serán bastantes para evitar el error.

Emitamos por último parecer, acerca de un punto que ha llamado la atencion entre los patólogos antiguos y modernos:

¿Existe ese antagonismo, que cual ley patológica se ha querido establecer entre el escrofulismo, ó la tuberculosis con el raquitismo?

Si tenemos presente que Beylard, uno de los princi-

pales prácticos que se han ocupado de este punto, y que admite antagonismo entre la raquitis y la escrófula, dice que son numerosos los casos en que la caquexia escrofulosa en los padres ha trasmitido á los hijos la afeccion raquítica; y que Hervieux, dedicado especialmente á las enfermedades de niños, considera la tuberculosis como causa del raquitismo; podemos inclinarnos á creer que no existe tal antagonismo, como han pretendido sostener determinados prácticos, ó al ménos que no se ha estudiado suficientemente este punto, ni se han recogido datos bastantes para admitir semejante opinion.

Pronóstico.—En general no es grave, pero es una de las enfermedades más rebeldes; las deformaciones son incurables, y las alteraciones que sufren los huesos de las cavidades, producen trastornos en las principales funciones, que al cabo pueden comprometer la vida.

Tratamiento.—Hago abstraccion de los medios *ortopédicos* para corregir la desviacion de los huesos, por corresponder á la cirugía; me limito á hablar de aquellos que son capaces de modificar la constitucion de los enfermos restableciéndola, y de detener el reblandecimiento de los mismos huesos; en este concepto, á la cabeza de los medios farmacológicos están los tónicos, y de éstos los reconstituyentes. El hierro y sus preparados y el aceite de hígado de bacalao, son de uso general, por los buenos resultados que producen.

No está completamente probada la eficacia del ruibarbo, de la asafétida, ni de los alcalinos, entre los que se han recomendado el bicarbonato sódico, el agua de cal y la de Vichy.

Sí son útiles los baños salados, sobre todo los de mar, y principalmente frios, pues el efecto ventajoso que obtienen los raquíticos, puede atribuirse en primer

término á la tonicidad que producen. Gozan de gran reputacion por sus buenos resultados, los sulfurosos y los yodados.

Hoy se usa al interior, cual se hace en el escrofulismo, el yodo y sus preparados.

Y como medicamentos adyuvantes, citemos el café de bellotas y el carbon animal, ambos de importancia secundaria.

Completemos el tratamiento de esta frecuente enfermedad de la niñez, aconsejando con toda insistencia cuidados higiénicos y régimen.

Es oportuno que los ejercicios sean al aire libre; que los niños respiren el puro ambiente del campo; que la localidad en que habiten sea seca y bien aireada.

El régimen alimenticio debe cuidarse áun más, y la economía se fortalecerá siempre con buen vino. Tengamos presente, sin embargo, el consejo de Guerin, para no hacer uso exclusivo de carnes, sino únase la alimentacion vegetal, que conviene á estos individuos como á los escrofulosos.

Tiene importancia el ejercicio gimnástico, pero este no debe recomendarse sino cuando los huesos tengan consistencia, y siempre bajo la acertada direccion de persona competente.

CAPÍTULO XI.

Diabetes sacarina.

Sinonimia. — Diabetes azucarada; glucosuria; glucohemia; melituria, etc.

Definicion. — Se llama así aquel afecto general que,

producido por la presencia exagerada de azúcar en la orina, se caracteriza por la abundancia en la secrecion urinaria, rica en glucosa, sed viva y autofagia.

Génesis y etiología.—Distintas teorías se han emitido sobre el desenvolvimiento de la glucohemia, y bien podemos decir que todavía se disiente, no habiendo nada de dogmático en la ciencia.

Sin extendernos mucho, vamos á bosquejar lo más importante que sobre el particular existe, indicando cuál es la teoría que á nuestro juicio aventaja á las demás.

La teoría de Bouchardat, conocida por *teoría intestinal*, se basa en un acto normal del organismo; en un acto que siempre se realiza en la economía, y que consiste en el tránsito, en el paso de las sustancias feculentas á azúcar.

Segun este modo de ver, la trasformacion excesiva de fécula en glucosa, pervierte la crasis hemática, por absorberse ésta y sobrevenir la glucohemia.

La *teoría hepática*, la más seguida, hasta tal punto que quita importancia á la anterior, es la del fisiólogo Cl. Bernard; éste hace al hígado elaborador de la azúcar, y por tanto, en el estado normal, si bien se elabora glucosa por el hígado, es una cantidad pequeña, y se absorbe sin causar trastorno apreciable; pero cuando estalla una exageracion en las funciones glucogénicas del hígado, el azúcar abundante en su elaboracion se vierte en el líquido sanguíneo, ocasionando la discrasia que nos ocupa.

La *teoría pancreática* ó de *Popper,* se apoya en una falta de funcionalismo en el páncreas.

Dice dicho autor: el páncreas en el estado normal se ocupa en cumplir, á más de otras, la mision de convertir la grasa en ácidos grasos y glicerina, los que

concurren en union de la glucógena á formar los ácidos biliares.

Ahora bien, faltando esta funcion del páncreas, la glucógena pierde este importante papel, y se absorbe por el árbol circulatorio en exceso, ocasionando la glucosuria.

La *teoría de Mialhe* ó de la *acidez hemática*, se apoya en decir que la sangre al hacerse poco alcalina, no es apta para destruir la glucosa que recibe, y por tanto, existe en gran cantidad.

La *teoría globular* (de Pettenkofer) se funda en admitir, que siendo así que el diabético come más que en el estado fisiológico, y el oxígeno absorbido, como el ácido carbónico exhalado no aumenta, el azúcar no se quema por falta de oxígeno: esto, dicho así, es nuevamente estudiado, concediendo que los glóbulos rojos al perder su elasticidad, son los causantes de tal discrasia.

La *teoría de M. Jacoud,* consiste en admitir que la glucosa es una entidad distrófica, debida á trasformaciones azucaradas y desasimilacion de los tejidos glucogénicos.

La *teoría pulmonar* es aquella que, mirando á esta víscera como principal foco, á lo ménos, de combustion, creen que la diabetes que nos ocupa, es porque no se quema suficientemente la azúcar en el pulmon, y por tanto, pasa en cantidad á la sangre, y de ésta á la orina.

De todas las teorías emitidas, y otras más que no nos detenemos á enumerar, pues sería muy prolijo, bástenos decir que hay dos tendencias muy manifiestas á la explicacion de la glucohemia, que son: la de los unos, viéndola localizada á un órgano; la de los otros, viéndola como estado general hemático.

Los primeros hablan del tubo digestivo, del hígado, del páncreas, del pulmon.

Los segundos de la falta de actividad globular, de la acidez de la sangre; el Sr. Jacoud parece algo mixto, pues si bien hace intervenir á los tejidos llamados glucogénicos, le da cierto sabor general á la cuestion.

Nosotros pensamos del siguiente modo: no admitimos la teoría intestinal, la de los feculentos: 1.° Porque esta azúcar formada en el trabajo digestivo, casi no se absorbe. 2.° Porque sin ingerir féculas, se presenta la glucohemia.

No admitimos la teoría hepática, por ser muy concluyentes los trabajos de Schiff, que sienta que el hígado normalmente sólo hace fijar la materia glucogénica, pero no elabora talmente azúcar.

Desechamos la pancreática, por ser raro coexista alteracion pancreática en la glucohemia.

No creemos en la teoría globular, por no observar primitivamente alteracion que nos explique el desenvolvimiento de la glucohemia, y sólo exclusivamente venir esta teoría á demostrar que el diabético no quema toda el azúcar necesaria.

Desechamos la teoría pulmonar, por no ser el pulmon el principal ó exclusivo foco de combustiones.

Negamos la de la acidez, por estar sériamente comprobado que la sangre diabética participa, en la mayoría de casos, del mismo grado de alcalinidad que la del hombre sano.

No rendimos, como en otras cuestiones, culto al práctico de Lariboissiere, por no admitir esos tejidos glucogénicos, ni esa fijacion de la materia glucogénica, tan gratuitamente aceptada, como génesis de la afeccion que nos viene ocupando.

Creemos, sin entrar en discusion, que la diabetes es

una discrasia, que se produce por falta de oxigenaciones, y debida á un sin número de causas, muchas de ellas desconocidas en la mayoría de casos.

Terminemos este párrafo de etiología diciendo, que la diabetes es mas frecuente en el hombre que en la mujer; en aquel en la edad madura, en ésta prefiere la juventud; como enfermedad constitucional, tiene notable influencia la herencia, si bien no tanta como otros afectos comprendidos en la misma clase: respecto al clima, aunque no esté suficientemente probado este punto, parece que favorece su desarrollo el frio húmedo.

Está fuera de toda duda el influjo que en su presencia tienen las intermitentes si fueron inveteradas; la sífilis, y sobre todo la gota, como causas patológicas, así como auxiliares ú ocasionales, siempre lo son el enfriamiento, los pesares y las emociones morales, que profundamente impresionan.

Anatomía patológica.—Las lesiones que aparecen en la anatomía patológica de los cadáveres diabéticos, son las principales las que se presentan en el líquido sanguíneo; la sangre contiene, segun los análisis de Ambrosiani, 0'90 de glucosa, cifra que contrasta exageradamente con la cantidad pequeñísima que existe en el estado normal.

Por la condicion hidro-carbonada de esta sustancia, se comprende que en el teatro de las combustiones ha de aparecer una cantidad exagerada de grasa, no sólo en el líquido sanguíneo, sino que tambien en muchos tejidos.

Observamos, por tanto, depósitos acá y allá, sembrando parénquimas de vísceras importantes.

Hallamos en el aparato renal alteracion muy semejante á la de la nefritis Brígthica: en el hígado hay

éxtasis, hipertrofia en algunos casos, y en no pocos regresiones con atrofia de tal víscera: el páncreas, en casos excepcionales, aparece con alguna alteracion, lo que ha dado márgen á la teoría pancreática enunciada ántes; las lesiones del sistema nervioso son frecuentes, habiendo focos hemorrágicos congestivos de regresion, salpicando en distintos puntos las regiones encefálicas.

Síntomas.—Con datos anamnésticos ó sin ellos, casi de un modo gradual, casi sin darse cuenta el enfermo, hay evacuacion aumentada de orina, poliuria, ésta no es como en la diabetes simple, insípida, sino que representa eliminacion de azúcar por la orina, ó sea la glucosuria. La orina á más de abundante es ácida, aumentando la acidez por la formacion de los ácidos láctico, acético, butírico y fórmico; el peso específico es mayor, el sabor azucarado, la urea disminuida; hay aumento de cloruros y sulfatos, así como tambien de cretinina y uroxantina.

A más de estos síntomas propios de la orina, aparece el secuela de la poliuria, ó sea la polidipsia, la que tolerable en el primer período, se hace irresistible en las últimas etapas del mal.

Este desgaste que está sufriendo el organismo, que hace resentir á la sangre de su parte acuosa, manifestándolo de una manera elocuente con esa sed inextinguible, tiene necesariamente que despertar otros síntomas de mayor interés, que nos indica la falta de sustancias asimilables; esta es la polifagia; síntoma que se reviste á veces de formas tan gigantescas, que atormentan por completo á los enfermos.

En este estado de cosas, aparecen ya trastornos de mayor entidad.

Los tejidos tienen mayor eliminacion que nutricion;

el enfermo no puede soportar las pérdidas á que está sujeto, y aparece la consuncion, dando un colorido importante á la sintomatología de la glucosuria.

Hay además de lo expuesto, otros síntomas secundarios, que son los siguientes, y que dependen de glucohemia, ó sea de la glucosa en la sangre; hay eliminaciones de esta glucosa, la que va ocasionando trastornos en diversos puntos; hijo de la alteracion que sufre la saliva, vienen estomatitis, gingivitis, que pueden aumentar tomando caractéres fungosos, y determinando hasta la cáries. En la piel hay eritemas, eczemas, verdadera erisipela, forúnculos, antrax y no pocas veces determinaciones gangrenosas.

Las vísceras se resienten del riego tan viciado á que están sujetas, presentándose bronquitis, neumonías, etc.

Como consecuencia de la glucemia, poliuria y polidipsia, sobrevienen pruritos en el *meatus* urinario, constipacion de vientre, trastornos gástricos, sequedad de faringe y boca, con lengua crapulosa.

Dependiente de la consuncion, resultado de los desórdenes autofágicos, estallan fenómenos de mucho interés y valor diagnóstico; viene opacidad pulverulenta en la córnea trasparente, opacidad del cristalino, alteraciones de la retina, retinitis glucosúrica, presentándose la ambliopía diabética en la inmensa mayoría de casos.

El aparato pulmonar responde con desórdenes importantes de una tísis ulcerosa, accidente grave que estalla en la diabetes consuntiva.

El sistema nervioso no deja de simpatizarse, aunque de un modo variable.

Curso, duracion y terminacion.—Puede seguir de una manera contínua, apareciendo un síntoma tras

otro, completándose el cuadro sintomático de los diabéticos; esto no es siempre, pues no pocas veces está variado el curso por interrupciones diversas: la duracion rara vez es corta, sobreviniendo la muerte, despues de haber arrastrado el enfermo una larga sucesion de prolongados sufrimientos: su terminacion casi siempre es por la muerte, pero felizmente se cuentan en nuestros dias, aunque raros, casos de curacion.

Diagnóstico.—Para diagnosticar este afecto, podemos echar mano de distintos senderos, que nos lleven á la posesion de la verdad.

Primeramente, la sed inextinguible y la poliuria nos llevan algo á pensar sobre la glucosuria, pero áun más razon tendremos para decidirnos á ensayar la orina, si apreciamos consuncion, polifagia y desórdenes cutáneos y de boca; en tal estado llegamos á los datos ciertos que el análisis nos suministra.

Ya hemos dejado expuesto en el exámen de las orinas, cómo hacemos el análisis de la misma, sabiendo que podemos valernos de muchos modos:

1.° Por evaporizacion, hasta que queda el azúcar en el fondo de la cápsula, puesta á la lámpara de alcohol.

2.° Por la potasa y la ebullicion, hasta que precipite en negro, por formarse el ácido melásico.

3.° Por los reáticos de cobre, pues sabemos que el óxido de cobre cede oxígeno á la glucosa, convirtiéndose en oxídulo de color rojo anaranjado.

Además existen muchos reactivos con esta base, pero que, si queremos hacer algun análisis cuantitativo, nos valdremos del titulado de Fehling.

Pronóstico.—Dicha ya la terminacion, poco tendremos que ocuparnos del pronóstico de dicho mal; en casos raros podemos hacerlo lisonjero, y eso cuando el azúcar en la orina tenga existencia fugaz; en todos los demás siempre será grave.

Tratamiento.—Fiel con la doctrina que hemos abrazado como productora de la diabetes, renunciarémos á todo aquel plan que intenta curar el proceso diabético, mirándola ya como una alteracion del hígado, ya como una lesion del páncreas, ya como una alteracion excesiva de fécula.

Así es que negamos la absoluta prohibicion de sustancias feculentas, así como tambien el uso del azúcar de uva.

Creemos que la verdadera mira del Práctico consiste en regularizar y activar las oxidaciones orgánicas, á fin de que no exista la glucohemia.

Una vez diagnosticado el afecto, damos á los enfermos carne asada y buen vino; le ordenamos haga gimnasia moderada, y use habitualmente en las primeras etapas del padecimiento, aguas carbonatadas, como las de Vichy, pociones con carbonato amónico, etc.

Dado ya que la autofagia se presente con evidentes caractéres, suspenderémos los alcalinos, y siguiendo al Dr. Sémmola, administrarémos el sulfato de estrignina, á la dósis de 5 milígramos de la sal por 5 gramos de líquido, esto es, una cucharadita de café, y puede ascenderse hasta cuatro cucharadas pequeñas y áun cinco. Por el mal gusto del medicamento, puede ponerse en jarabe de naranja, de limon, cidra, etc.

Tambien se hace uso del ácido arsenioso y del aceite de hígado de bacalao, empleándose con buen éxito por el ya mencionado Dr. Sémmola, las inhalaciones de oxígeno, el agua oxigenada y el éter ozónico.

A más de lo expuesto debemos estar siempre á la mira, para cubrir cuanta indicacion se presente, hija de los accidentes ántes señalados.

CAPÍTULO XII.

Diabetes no sacarina.

Sinonimia.—Poliuria; diabetes insípida; hidruria; polidipsia; falsa diabetes.

Definicion.—Se caracteriza por emision de orina acuosa en gran cantidad, de escaso peso específico, y que no contiene azúcar, habiendo sed casi inextinguible.

Génesis y etiología.—Varias hipótesis se han formulado respecto á la poliuria, é indudablemente la que parece más á cubierto de censura, ó la que reune más probabilidades en su favor, es la que atribuye su causa á un gran trastorno de innervacion en los vasos renales. Por lo que hace á la etiología, es muy obscura; casi pudiéramos decir que son las causas desconocidas, pues poca importancia tiene que sea más comun en los hombres, y que prefiera la juventud á la edad madura; entre las ocasionales, es indudable que influyen más ó ménos los pesares, el enfriamiento súbito, las fatigas corporales, el abuso de los espirituosos y otras de escaso interés, y cuya intervencion en el desarrollo de la enfermedad áun no está bien demostrado.

Anatomía patológica.—Rarísimas las autopsias, no puede formarse opinion acerca de las lesiones anatómicas; se refieren casos en que se han encontrado los riñones atrofiados, pero tambien los hay de haberse hallado hipertrofiados.

Síntomas.—La orina es abundante, tanto y más que en la glucosuria; clara, trasparente, poco color en ella, neutra ó algo ácida; ni la adicion del ácido nítrico, ni

la accion del calor la enturbia. Hay siempre sed, sequedad de garganta y de piel; el apetito es bueno; suele haber exagerada sensacion de hambre, que puede explicarse por el gran disgusto de los elementos azoados del organismo, producto de la indigestion y eliminacion aumentadas de los elementos acuosos; las digestiones comunmente son fáciles, y las importantes funciones de respiracion y de circulacion se encuentran en estado normal, sosteniéndose las fuerzas por mucho tiempo. Si en la orina no se halla urea, entónces algo más alarmantes se presentan los síntomas, pues hay entorpecimiento en la funcion digestiva, y depresion de fuerzas. Pero si en lugar de *anazoturia* hay *azoturia*, esto es, exceso de urea, aunque se presentan esos síntomas, son más pausados y hasta ménos graves.

Curso, duracion y terminacion.—Es muy variable, pues si unas veces se desarrolla de pronto, otras lo hace con extraordinaria lentitud. Comunmente dura muchos años, sin llegar á comprometer la existencia; pero tambien es rarísimo sobrevenga una curacion que sea completa y permanente.

Diagnóstico.—Todo nuestro interés debe fijarse en precisar si la cantidad de orina es casi igual á la cantidad de líquido que se ingiere *(polidipsia)*; si en la orina existe materia sacarina cristalizable *(glucosuria)*; si la orina es tan abundante, que no guarda relacion con el líquido que se bebe *(poliuria)*.

Pronóstico.—Cuando en esta enfermedad no encontremos exceso ni defecto de urea, el pronóstico es halagüeño; podrá durar tanto como la vida; pero la gravedad de la afeccion estriba en la desproporcion que haya en los principios constitutivos de la orina, y sobre todo en la urea.

Tratamiento.—Podemos en general decir que si hay

anazoturia, la alimentacion será casi exclusivamente animal, y si hay *azoturia*, por el contrario, será vegetal.

Son muy recomendados el ópio, los marciales, los astringentes y los tónicos. Trousseau usa mucho y á dósis elevadísima, 10 gramos (3 dracmas) de valeriana al dia, asegurando ser útil su aplicacion; sin embargo, bien puede decirse que casi no existe tratamiento para combatir una enfermedad que no pocas veces los enfermos soportan bastante bien, y por ello se limitan al régimen alimenticio ya dicho, y á guardar los preceptos de la buena higiene.

CAPÍTULO XIII.

Difteria.

Génesis y etiología.—Cuéstanos trabajo saber dónde colocar esta afeccion de patogenia tan debatida, que todavía no se sabe de cierto su real naturaleza, y que su terminacion casi siempre es fatal.

Unos ven todo bajo el mismo colorido que la escuela alemana, no considerando en la difteria otra cosa que una exudacion fibrinosa, infiltrada en el tejido de la mucosa. Estos admiten dos exudados fibrinosos, uno croupal y otro diftérico: el primero cuando es superficial, el segundo cuando es profundo.

Existen otros que militan en opuestas filas, y que consideran á la difteria, en tésis general, como una enfermedad discrásica, como una alteracion del líquido sanguíneo, que siembra acá y allá sus lesiones características.

No deja de haber autores que no se cuidan del más

allá, sino por el contrario, atienden á la manera de ser de la exudacion, y se dedican á pueriles discusiones, sobre si el proceso diftérico es de naturaleza fibrinosa, ó si es, por el contrario, un trabajo puramente de leucocitos.

Por último, existen algunos que consideran á la difteria como una enfermedad eminentemente parasitaria, relacionándola con las alteraciones observadas en el *muguet*, dependientes del *oidium albicans*.

Nosotros, en este punto, vamos á eludir estas cuestiones, que si bien tienen un interés dogmático, al tocarlos tal como se debe, es preciso olvidar el espíritu que viene dominando en nuestra obra.

Sin afiliarnos á ninguna bandería, sin ser exclusivos en nuestras opiniones, creemos que el proceso croupal y el diftérico tienen mucha semejanza; quizás sean idénticos bajo el punto de vista local; pero consultando obras prácticas, atendiendo á la sabia y sana doctrina que difunde el estudio concienzudo de los casos clínicos, nos parece, con algun fundamento, que hay procesos de esta índole puramente locales; pero que existen otros, en los que se ve muy á las claras que son dependientes de un estado general, de un envenenamiento, ó producidos por una causa desconocida, que al par que deprimen las fuerzas del enfermo llevándolo á un estado de postracion, á un estado adinámico, séptico, muy marcado, provocan la alteracion local, más de una vez mencionada en capítulos anteriores.

Siguiendo este criterio, no nos atrevemos á presentar un cuadro de causas de carácter fundamental; huimos de semejante escollo, y sólo apuntamos, entre las predisponentes, las faltas de cuidados higiénicos, la pobre y mala constitucion y la herencia, que sin saber por qué juega un importante papel, demostrado por los hechos.

Como causa determinante, podemos decir que, sin darnos cuenta de la naturaleza del elemento ó del miasma diftérico, es un hecho que es importado al organismo, ya del enfermo al sano, ya de un estado anormal telúrico ó atmosférico, que hace asalte á una poblacion una verdadera epidemia de difteria.

Anatomía patológica.—Siendo las huellas del proceso diftérico sobre la membrana mucosa ó dermis denudado, observarémos en el cadáver exudaciones en distintas mucosas; aérea, digestiva, urinaria, etc., las que tienen el carácter expuesto ya en el croup.

Si se han aplicado vejigatorios, vemos que las superficies dérmicas, puestas en libertad por la sustancia cáustica, se hallan cubiertas de una pseudo-membrana dura y resistente, que nos traduce el estado general del enfermo, dominado por el proceso en cuestion.

A más el cadáver tiene un tinte violáceo, está depauperado en su nutricion, y ofreçe, como signo capaz de tomarse en cuenta, infartos ganglionares, sobre todo los submaxilares y sublinguales, que sufriendo las evoluciones consiguientes, van acompañados de lesiones de importancia en la nariz, si el afecto principal radica en la cámara posterior de la boca.

Síntomas.—Poco nos vamos á detener en la enunciacion de los síntomas de la difteria, y decimos esto, pues si bien es muy vasto el campo que se nos ofrece, lo tenemos ya descrito en una de sus fases más frecuentes, al ocuparnos del croup.

Los síntomas diftéricos son generales y locales, siendo estos últimos los patognomónicos.

No podríamos á buen seguro diagnosticar una difteria, si no contásemos con una manifestacion local, que nos diera conocimiento del proceso.

Una exudacion de carácter diftérico en la mucosa

respiratoria, ya ascendente ó descendente; una angina de igual naturaleza; una conjuntivitis de la misma clase; un vejigatorio cubierto de la membrana en cuestion; una úlcera revestida de exudado diftérico, son los puntos de donde ha de partir un juicioso y razonado diagnóstico.

A pesar de esto, tenemos síntomas generales de interés sin apreciar exudacion determinada, sin necesidad de recurrir á la inspeccion; notamos extremada fetidez de boca y nariz, infarto considerable de los ganglios cervicales y submaxilares, flujo nasal abundante, hinchazon en la cara y cuello, fiebre alta, encendimiento erisipelatoso de las porciones de piel tumefactas: tras estos desórdenes vienen los intelectuales como el coma, alteraciones en la crasis sanguínea, petequias, hemorragias pasivas, y por último, sucumbe el enfermo sumido en la más conpleta adinamia.

Curso, duracion y terminacion.—El primero es contínuo; la duracion breve, pues es enfermedad rápida; su terminacion funesta.

Diagnóstico.—Se formulará éste como dejamos dicho, cuando nos cercioremos del caso por las manifestaciones locales; siendo muy importantes los síntomas generales para diagnosticar, si se trata de un proceso que por su manifestacion local mata, ó si la muerte sobreviene como consecuencia del estado general.

Esta dilucidacion diagnóstica nos es de gran utilidad para poder practicar la operacion *(traqueotomía)* en el primer caso: para redoblar la medicacion enérgica general, en el segundo.

Pronóstico.—Cualquiera que sea la forma que se presente, pues ésta puede ser variable, el pronóstico será rara vez gravísimo, pues en la inmensa mayoría de casos, bien podemos hacerlo mortal.

Tratamiento.—Con bastante extension nos ocupamos en el lugar correspondiente, del tratamiento general y local de la laringitis croupal; debemos referirnos á ella y recomendar al lector cuanto en dicho capítulo dejamos consignado, pues tales son las indicaciones y preceptos que debemos llenar, para combatir una de las afecciones más crueles que afligen á la humanidad.

Hemos terminado el estudio de las enfermedades generalizadas, y con él la última seccion en que hemos dividido nuestro trabajo: bien podríamos dar más latitud á algunas de estas entidades morbosas, y áun agregar otras, como hacen diferentes autores; pero esto no es de gran interés, y aquello nos alejaría del objeto que nos propusimos, al hacer nuestra obra breve y compendiosa; hemos procurado en cuanto nos ha sido dable, abrazar lo de más estima y hasta dar extension á determinados afectos, que lo exigian por su gran importancia, todo con el objeto de que el jóven clínico encuentre una guia que le conduzca en sus investigaciones, á hallar con más acierto la verdad.

CUADRO SINÓPTICO DEL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.

ANEMIA.	LEUCEMIA.
Es la falta parcial de sangre.	Es el aumento de glóbulos blancos.
Se presenta á consecuencia de hemorragias, sangrías abundantes, escasez de alimentacion y desórdenes nerviosos.	Si bien reconoce estas mismas causas, se distingue de la anemia, en que las determinantes son aquellas que van á obrar sobre el bazo ó ganglios linfáticos.
Analizada la sangre, no hay desproporcion notable entre los glóbulos blancos y los rojos.	Existe gran aumento por parte de los glóbulos blancos.
Síntomas generales que, dependientes de la falta parcial de sangre, no despiertan lesion constante en determinada víscera.	Síntomas generales, acompañados siempre de alteracion ganglionar ó esplénica.
Se corrige por un tratamiento adecuado.	Se resiste á todo tratamiento.

FIN DEL TOMO SEGUNDO Y ÚLTIMO.

ÍNDICE

DE

LAS MATERIAS CONTENIDAS EN EL SEGUNDO TOMO.

QUINTA SECCION.

APARATO DIGESTIVO.

CAPÍTULO I . .—Afecciones de la boca: Exploracion. *Pág.* 5
CAP. II. . . . . .—Inflamacion de las encías. 7
CAP. III . . . . .—Hemorragia bucal. . . . . *Ib.*
CAP. IV . . . . .—Noma. 8
CAP. V. . . . . .—Glositis. 9
CAP. VI. . . . . .—Parotiditis. 11
CAP. VII. . . . .—Enfermedades de la faringe: Exploracion.. 13
CAP. VIII. . . . .—Amigdalitis crónica. 14
CAP. IX. . . . . .—Angina pseudo-membranosa. 15
CAP. X. . . . . .—Enfermedades del esófago: Exploracion. . 16
CAP. XI. . . . . .—Esofagitis. 17
CAP. XII. . . . .—Estrechez del esófago. 18
CAP. XIII. . . . .—Dilatacion del esófago. 19
CAP. XIV. . . . .—Enfermedades del estómago: Exploracion. 20
CAP. XV. . . . .—Gastritis 23
Gastritis catarral aguda. 24
Gastritis crónica. 27
Gastritis flegmonosa. 30
Gastritis ulcerosa. 31
CAP. XVI. . . . .—Cáncer del estómago. 35
CAP. XVII. . . .—Gastralgia. 37
CAP. XVIII. . . .—Enfermedades de los intestinos: Exploracion. 42
CAP. XIX. . . . .—Enteritis catarral aguda. 44
CAP. XX. . . . . .—Enteritis catarral crónica. 46
CAP. XXI. . . . .—Disentería aguda. 47
CAP. XXII. . . .—Disentería crónica. 50
CAP. XXIII. . . .—Enterorragia. . . . . *Ib.*

CAP. XXIV. . . .—Enteralgia. 53
CAP. XXV. . . .—Extrangulacion intestinal. 56
CAP. XXVI . . .—Invaginacion de los intestinos. 57
CAP. XXVII. . .—Carcinoma ó cáncer intestinal. 59
CAP. XXVIII . .—Tubérculos intestinales. 61
CAP. XXIX. . . .—Helmintíasis: vermes intestinales. . . . 62
CAP. XXX. . . .—Enfermedades de los órganos anexos al aparato digestivo. 66
Afecciones del hígado: Exploracion. . . *Ib.*
CAP. XXXI . . .—Hepatitis aguda 68
CAP. XXXII. . .—Hepatitis crónica. 71
CAP. XXXIII . .—Hipertrofia del hígado. 73
CAP. XXXIV. . .—Cirrosis del hígado. 74
CAP. XXXV. . . .—Cáncer del hígado. 77
CAP. XXXVI . . .—Neuralgia del hígado. 80
CAP. XXXVII. .—Degeneraciones y neoplasmas del hígado. . 81
CAP. XXXVIII. .—Enfermedades de los conductos biliares y de la vejiga. 84
Colecistitis. . . . . *Ib.*
CAP. XXXIX . . .—Colelitiasis. 85
CAP. XL . . . . .—Ictericia. 88
CAP. XLI. . . . .—Enfermedades del bazo: Exploracion. . . 92
CAP. XLII . . . .—Esplenitis. 93
CAP. XLIII. . . .—Degeneraciones y determinados afectos crónicos del bazo. 96
CAP. XLIV. . . .—Enfermedades del páncreas: Exploracion. 99
CAP. XLV . . . .—Pancreatitis. 100
CAP. XLVI. . . .—Vicios de secrecion pancreática. . . . 102
CAP. XLVII . . .—Degeneraciones y otras afecciones crónicas del páncreas. 103
CAP. XLVIII. . .—Enfermedades del peritoneo: Exploracion. 107
CAP. XLIX. . . .—Peritonitis. 108
CAP. L. . . . . .—Ascitis. 113
Cuadros sinópticos del diagnóstico. . . 116

SEXTA SECCION.

APARATO URINARIO.

CAPÍTULO I. . .—Exploracion 133
CAP. II. . . . . .—Hiperemia renal. 138
CAP. III. . . . . .—Nefrorragia. 140
CAP. IV. . . . . .—Nefritis catarral. 143
CAP. V. . . . . .—Nefritis difusa ó parenquimatosa. . . . 146
CAP. VI. . . . . .—Degeneracion amiloidea.—Esclerosis.—Mal de Bright 155

CAP. VII. . . . .—Uremia.—Insuficiencia urinaria . *Pág.* 157
CAP. VIII. . . . .—Abscesos y focos metastáticos del riñon . 159
CAP. IX. . . . .—Hidronefrosis 163
CAP. X. . . . .—Pielitis 164
CAP. XI . . . . .—Litiasis 167
CAP. XII. . . . .—Tuberculosis del riñon.—Nefritis caseosa. 170
CAP. XIII . . . .—Cáncer del riñon. 171
CAP. XIV. . . . .—Cistitis 173
Cistitis aguda . . . . . *Ib.*
Cistitis crónica 175
CAP. XV. . . . .—Hematuria 177
CAP. XVI. . . . .—Cáncer de la vejiga 178
CAP. XVII. . . .—Neurosis de la vejiga. 179
Neurosis del sentimiento.—Hiperestesia vexical . . . . . *Ib.*
Anestesia de la vejiga 180
CAP. XVIII. . .—Neurosis del movimiento: Hiperquinesia vexical 181
Aquinesia de la vejiga 182
Cuadros sinópticos del diagnóstico. . . 185

SÉTIMA SECCION.

APARATO LOCOMOTOR.

CAPÍTULO I. . .—Exploracion 189
CAP. II. . . . .—Reumatismo articular 191
Reumatismo articular agudo . . . . *Ib.*
Reumatismo articular crónico 195
CAP. III. . . . .—Reumatismo nodoso. 199
CAP. IV. . . . .—Reumatismo muscular. 201
CAP. V. . . . .—Gota 204
Cuadros sinópticos del diagnóstico. . . 212

OCTAVA SECCION.

APARATO DE INNERVACION.

CAPÍTULO I. . .—Exploracion 215
Consideraciones sobre el diagnóstico de las afecciones del cerebro 218
CAP. II. . . . .—Enfermedades del cerebro y sus membranas. Hiperemia meningo-cerebral . . 226
CAP. III. . . . .—Meningitis aguda 231
CAP. IV. . . . .—Meningitis crónica 235

CAP. V. . . . . .—Meningitis tuberculosa. . . . *Pág.* 236
CAP. VI. . . . . .—Hidrocefalia 241
Hidrocéfalo adquirido agudo. 242
CAP. VII. . . . .—Hidrocéfalo congénito 245
CAP. VIII . . . .—Congestion cerebral. 247
CAP. IX . . . . .—Hemorragia cerebral. 252
CAP. X. . . . . .—Hemorragia meníngea 261
CAP. XI. . . . . .—Anemia cerebral. 263
CAP. XII. . . . .—Encefalitis aguda 266
CAP. XIII . . . .—Encefalitis crónica 270
CAP. XIV . . . .—Tumores encefálicos. 273
CAP. XV. . . . .—Enfermedades de la médula y sus membranas: Exploracion 280
CAP. XVI . . . .—Meningitis espinal 283
CAP. XVII. . . .—Mielitis aguda 287
CAP. XVIII . . .—Mielitis crónica 290
CAP. XIX . . . .—Ataxia locomotriz progresiva 292
CAP. XX. . . . .—Enfermedades de los cordones nerviosos con lesiones constantes y apreciables en su textura.—Neuritis . . 297
CAP. XXI . . . .—Atrofia de los nervios periféricos . . . 299
CAP. XXII. . . .—Atrofia del sistema nervioso trófico.—Atrofia muscular progresiva . . . 303
CAP. XXIII . . .—Enfermedades de los cordones nerviosos con lesiones inconstantes y no apreciables en su textura.—Neurósis. . 308
CAP. XXIV . . .—Neurósis de los nervios periféricos.—Neurósis del sentimiento.—Hiperestesias. —Hemicránea 312
CAP. XXV. . . .—Neuralgia facial. 316
CAP. XXVI . . .—Neuralgia cérvico-occipital y cérvico-braquial 321
CAP. XXVII. . .—Neuralgia intercostal. 323
CAP. XXVIII. . .—Neuralgia del plexo-lumbar 325
CAP. XXIX . . .—Neuralgia ciática. 326
CAP. XXX . . . .—Anestesias.—Anestesia del trigémino. . . 330
CAP. XXXI . . .—Neurósis del movimiento.—Hiperquinesias. Tic convulsivo 333
CAP. XXXII. . .—Tetánia. 335
CAP. XXXIII . .—Aquinesias.—Parálisis del facial . . . 337
CAP. XXXIV. . .—Neurosis cerebro-espinales.—Epilepsia. . 341
CAP. XXXV. . . .—Histerismo. 350
CAP. XXXVI . . .—Catalepsia. 358
CAP. XXXVII. .—Neurosis espino-bulbares.—Parálisis agitante 361

CAP. XXXVIII. .—Corea. . . . . *Pág.* 363
CAP. XXXIX . . .—Tétanos. 367
Cuadros sinópticos del diagnóstico. . . 375

NOVENA SECCION.

ENFERMEDADES GENERALIZADAS.

CAPÍTULO I . .—Poliemia 385
CAP. II. . . . . .—Anemia 388
CAP. III . . . . .—Clórosis 393
CAP. IV . . . . .—Leucocitemia. 397
CAP. V. . . . . .—Melanhemia 403
CAP. VI. . . . . .—Enfermedad de Addison. 408
CAP. VII. . . . .—Escorbuto 413
CAP. VIII. . . . .—Púrpura hemorrágica 420
CAP. IX. . . . . .—Escrofulismo. 422
CAP. X. . . . . .—Raquitismo 436
CAP. XI. . . . . .—Diabetes sacarina 442
CAP. XII. . . . . .—Diabetes no sacarina. 451
CAP. XIII. . . . .—Difteria 453
Cuadro sinóptico del diagnóstico . . . 458